

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO - CSE
ADMINISTRAÇÃO**

LUÃ LUCIAN

**ANÁLISE DO ÍNDICE DE DESEMPENHO NA SAÚDE SUPLEMENTAR (IDSS) –
ESTUDO DE CASO CELOS**

**FLORIANÓPOLIS, SC
2015**

LUÃ LUCIAN

**PROPOSTA DE MELHORIA PARA O ÍNDICE DE DESEMPENHO NA SAÚDE
SUPLEMENTAR (IDSS) NA FUNDAÇÃO CELOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Administração
do Centro Sócio-Econômico da
Universidade Federal de Santa Catarina,
como requisito parcial para a obtenção do
grau de Bacharel em Administração.

Orientador(a): Claudelino Martins Dias
Junior

FLORIANÓPOLIS, SC

2015

LUÃ LUCIAN

**PROPOSTA DE MELHORIA PARA O ÍNDICE DE DESEMPENHO NA SAÚDE
SUPLEMENTAR (IDSS) NA FUNDAÇÃO CELOS**

Trabalho de conclusão do curso apresentado ao curso de Administração do Centro Sócio-Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção da graduação.

Banca Examinadora

Orientador (a): _____

Prof Dr. Claudelino Martins Dias Junior
Universidade Federal de Santa Catarina

Membro(a): _____

Prof. Me. Fábio Beylouni Lavratti
Universidade Federal de Santa Catarina

Membro(a): _____

Prof. Dr. Rogério Tadeu de Oliveira Lacerda
Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis SC, 13/11/2015

Dedico este trabalho a toda minha família, que me deu toda a estrutura para morar em Florianópolis. Aos meus amigos, colegas de trabalho e a Fundação que me oportunizaram a realização do estudo. Ao professor, que orientou o trabalho com maestria. Além de todas as pessoas que poderão se beneficiar de alguma maneira com a proposição do trabalho.

Quando todos pensam da mesma
maneira, ninguém pensa grande coisa.

Carl Sandburg

RESUMO

O estudo tem por objetivo proceder à análise das dimensões do Índice de Desempenho na Saúde Suplementar – IDSS, na Fundação CELOS. A metodologia utilizada é caracterizada como pesquisa qualitativa, descritiva-explicativa, com a abordagem teórico-empírico, através da realização de um estudo de caso na Fundação. Para a coleta de dados primários da pesquisa, buscou-se o referencial bibliográfico em Leis, Normas e outras publicações existentes, ao passo que para os dados secundários, as informações foram coletadas a partir de documentos e de sistemas informatizados na CELOS. Na análise demonstrou-se a composição dos sistemas e como ocorrem os envios de informação da CELOS para à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, ao ponto que, através da descrição do fluxo atual, possibilitou-se a proposição de um novo fluxo de envio de informações.

Palavras-chave: ANS; IDSS; Indicadores; Saúde Suplementar.

ABSTRACT

The study aims to make the dimensions of analysis to the Performance Index in the Supplementary Health - IDSS in CELOS Foundation. The methodology is characterized as a qualitative research, descriptive-explanatory, and with the theoretical and empirical approach by conducting a case study in the Foundation. To collect primary data of the research tried to found the bibliographic references in: laws, existing standards and other publications, while for the secondary data of the research, the information was gathered from documents and computerized systems in CELOS Foundation. In the analysis showed the composition of the systems and how they occur in the CELOS information items to the National Health Agency - ANS, to the point that, by describing the current flow and to propose to adopted a new referral flow.

Keywords: ANS; IDSS; Indicators; Supplementary Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama estrutura Sistemas de Saúde.....	31
Figura 2 - Faixa de pontuação IDSS.....	35
Figura 3 - Método de pontuação do indicador.....	40
Figura 4 - Organograma CELOS.....	48
Figura 5 - Coparticipações Planos CELOS.....	51
Figura 6 - Recibo SIP CELOS.....	55
Figura 7 - Tela Grupos SIP ANS CELOS.....	56
Figura 8 - Mapeamento fluxograma atual.....	69
Figura 9 - Proposição novo fluxograma.....	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Subdivisão Lei 9.961 de 2000.....	29
Quadro 2 -	Primeiros indicadores de avaliação criados pela ANS.....	32
Quadro 3 -	Avaliação de Desempenho do IDSS Referente ao ano de 2014.....	37
Quadro 4 -	Método de cálculo para o indicador.....	38
Quadro 5 -	Procedimentos técnicos de pesquisa.....	44
Quadro 6 -	Fases e Etapas da Pesquisa.....	45
Quadro 7 -	Sistemas de envio para ANS.....	54
Quadro 8 -	Pontuação por faixas 2008 e 2009.....	60
Quadro 9 -	Pontuação por faixas 2010.....	60
Quadro 10 -	IDSS ano base 2011.....	61
Quadro 11 -	IDSS ano base 2012.....	62
Quadro 12 -	IDSS ano base 2013.....	64
Quadro 13 -	IDSS comparação anos anteriores.....	65
Quadro 14 -	Estrutura Sistema IDSS/CELOS.....	68

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAMSS	Câmara de Saúde Suplementar
CELOS	Fundação Celesc de Seguridade Social
CF	Constituição Federal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
CONASS	Conselho Nacional De Secretários Da Saúde
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
DESAS	Departamento de Saúde Suplementar
DIOPS	Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde
DVGC	Divisão de Gestão Contábil
DVGR	Divisão de Relacionamento com o Participante
DVGS	Divisão de Gestão Assistencial
DVGT	Divisão de Gestão de Tecnologia da Informação
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora
IN	Instrução Normativa
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IRB	Instituto de Resseguros do Brasil
MP	Medida Provisória
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPS	Operadoras de Planos de Saúde
RN	Resolução Normativa
RPS	Sistema de Registro de Planos de Saúde
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SFN	Sistema Financeiro Nacional
SIB	Sistema de Informação de Beneficiários
SIF	Sistema Integrado de Fiscalização
SIP	Sistema de Informação do Produto

SSS	Sistema de Saúde Suplementar
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	OBJETIVOS	14
1.1.1	Objetivo geral.....	14
1.1.2	Objetivos específicos.....	14
1.2	JUSTIFICATIVA	14
1.3	ESTRUTURA DO TRABALHO	15
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1	SISTEMAS DE SAÚDE	16
2.1.1	Sistema Único de Saúde.....	17
2.1.2	Serviços Privados de Assistência à Saúde.....	19
2.1.3	Saúde Suplementar	22
2.1.3.1	Composição do Sistema de Saúde Suplementar	23
2.2	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	25
2.2.1	A Criação da ANS	27
2.3	O IDSS	31
2.4	CONCLUSÕES PARCIAIS.....	41
3	METODOLOGIA	42
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	42
3.1.1	Quanto aos Objetivos	42
3.1.2	Quanto à Natureza.....	43
3.1.3	Coleta de Dados e Abordagem.....	43
3.1.4	Procedimento Técnicos	44
3.1.5	Instrumentos de Pesquisa.....	45
3.2	CONCLUSÕES PARCIAIS.....	45
4	ANÁLISE DOS RESULTADOS (ESTUDO DE CASO).....	47
4.1	A FUNDAÇÃO CELOS.....	47
4.2	COMPOSIÇÃO DO IDSS NA CELOS	52
4.2.1	Envio de Dados para a ANS	53
4.2.2	Análise Envio SIP	56
4.2.3	Análise do Envio SIB.....	57
4.2.4	Análise Envio DIOPS.....	58
4.2.5	Análise RPS e CNES	59
4.2.6	Análise da Pontuação Histórica IDSS.....	60
4.3	CONSLUSÕES PARCIAIS.....	66

5	PROPOSTA DE NOVO PROCEDIMENTO.....	67
5.1	PROPOSIÇÃO SISTEMA IDSS CELOS	67
5.2	DEFINIÇÃO DE UM NOVO FLUXOGRAMA.....	69
5.3	REDIMENSIONAMENTO DO PROCESSO OPERACIONAL IDSS/CELOS.....	70
5.4	CONCLUSÕES PARCIAIS.....	72
6	CONCLUSÕES	73
	REFERÊNCIAS.....	75
	ANEXO 1 – APONTAMENTOS CONSULTORIA IDSS.....	78
	ANEXO 2 – PARAMETRO ODONTOLÓGICO SIP DA CELOS.....	84

1 INTRODUÇÃO

A Saúde no Brasil é composta por dois âmbitos de atendimento distintos de um lado o Sistema Único de Saúde (SUS) e de outro o Sistema Privado de atenção à saúde. O Sistema privado de saúde é composto pelos prestadores de serviços a pessoas físicas, bem como jurídicas, ambas de caráter privado, sendo providos por meio de contratos entre particulares. No SUS os prestadores de serviço são agentes públicos, no entanto, existem também contratos firmados entre o SUS e os particulares, que funcionam como agentes de complementação, para algumas ações em saúde próprias do SUS, dando preferência para hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos.

O Sistema de Saúde Suplementar (SSS), constituído pelas operadoras de planos de saúde, é um grupo de caráter particular. As operadoras de planos de saúde podem ser divididas em: Cooperativas Médicas, Medicinas de Grupo, Cooperativas Odontológicas, Autogestões. Atualmente, existem 1,4 mil operadoras de planos de saúde com registro ativo e 1,2 mil com beneficiários. Ao todo, são 50,8 milhões de consumidores em planos de assistência médica e 21,4 milhões em planos exclusivamente odontológicos (ANS, 2015), a população brasileira de acordo com IBGE (2015) é de mais de 204 milhões de habitantes, logo o número de beneficiários atendidos por operadoras de saúde privada representa hoje aproximadamente 34% da população.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, o SUS deveria ser o grande responsável para atender à saúde brasileira (BRASIL, 1988). No entanto, como já observado há décadas, quando ocorreu sua implantação, já haviam sistemas privados bastante representativos de atenção à saúde, como os grupos da Caixa de Assistência de Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) e o Grupo Executivo de Assistência Patronal (GEAP), AMIL, etc. (CONASS, 2007). Tais planos remetem-se somente a atenção para pessoas ligadas ao mercado de trabalho formal, onde, seus benefícios eram restritos a figura do segurado em um primeiro momento. Em um segundo momento, foi repassada a atenção também a seus dependentes consanguíneos diretos, aumentando desta forma o número de pessoas atendidas. Com essa estrutura formada, e pela falta recorrente de recursos do Governo Federal no atendimento à saúde pública, o SSS ganhou força e mercado no contexto da prestação de serviços.

Em janeiro de 2000, de acordo com a Lei 9.961, a fim de regulamentar as ações e a forma de atuação do setor privada de saúde, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com o intuito de controlar, fiscalizar e servir de apoio para o aprimoramento do setor, criando sistemas de padronização dos materiais, medicamentos e serviços destinados à saúde, modelos de operação, satisfação dos usuários e estabelecendo, ainda, regras de atuação para as Operadoras de Planos de Saúde (OPS) a serem criados ou já existentes.

Uma das importantes padronizações criadas pela ANS foi o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), o sistema consiste na utilização de indicadores de desempenho na saúde, para avaliar a atuação de cada uma das OPS e são criados a partir de estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde OMS, e outras fontes referenciais que considerem novas demandas populacionais de saúde, novas tecnologias de atendimento médico/odontológico, novas práticas de gestão, bem como índices de capacidade financeira e de solvência.

Para tanto, o IDSS é subdividido em 4 (quatro) grupos ou dimensões, sendo: atenção à Saúde; econômico-financeira; estrutura e operação e satisfação do beneficiário. Esse índice não é de cunho punitivo por parte da Agência, porém ele possui o objetivo de dar mais qualidade à gestão dos Planos de Saúde e dar subsidio aos consumidores para escolher os planos que atendam ao que é recomendado pela ANS.

O estudo buscará entender como ocorre o processo de construção da base cadastral e o envio de informações à ANS para composição do cálculo do IDSS, na Fundação CELOS, que atua como Operadora de Planos de Saúde, no modelo de autogestão e que será o objeto do estudo de caso aplicado. Para tanto, procura-se responder a seguinte pergunta de pesquisa: **As informações encaminhadas pela CELOS, estão de acordo com o regramento legal estabelecido pela ANS, valendo-se das dimensões do IDSS? Sua pontuação obtida reflete a sua real potencialidade?**

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

O presente trabalho tem por objetivo proceder à análise das dimensões do IDSS na CELOS e propor ações para atingir melhores resultados.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Verificar historicamente a criação do IDSS;
- b) Descrever os documentos que formalizam a composição do IDSS;
- c) Analisar o processo de construção das dimensões do IDSS na CELOS;
- d) Proceder ao resgate temporal das dimensões do IDSS alcançadas na CELOS;
- e) Propor melhorias para o cálculo do IDSS na CELOS.

1.2 JUSTIFICATIVA

O IDSS é um índice criado pela ANS que confere uma pontuação para as Operadoras de Planos de Saúde no Brasil - OPS, com isso, além de proceder a uma comparação de atuações dos planos avaliados, aponta recomendações que julgue necessárias para a melhoria de suas gestões.

Alguns itens avaliados pela ANS na CELOS demonstram a baixa pontuação recebida pela Fundação. Em uma análise preliminar, percebe-se que as informações encaminhadas à Agência se encontram não estruturadas, remetendo assim a um valor de pontuação IDSS, aquém do que poderia receber.

As informações são encaminhadas por meio do Sistema de Informação do Produto (SIP), Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS), Sistema de Registro de Planos de Saúde (RPS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Na observação dos resultados anteriores disponibilizados pela ANS, pode-se verificar que no ano base 2011, a CELOS obteve a pontuação 0,7368, em 2012, igual

a 0,7321 e em 2013 chegou em 0,8429, nos anos anteriores não foi colocada uma pontuação exata somente a demonstração por faixa, onde em 2008 e 2009 a pontuação foi aproximadamente 0,4000 e em 2010 por volta de 0,8000. Assim, mesmo que a CELOS venha melhorando seu desempenho com o decorrer dos anos, alguns itens avaliados, possuem uma pontuação irrisória em comparação aos seus registros de atendimentos para determinados serviços.

Exemplos explícitos de inconformidades podem ser percebidos no número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiários com 60 (sessenta) anos ou mais, que apresentou a pontuação 0,0018 em 2013, além da taxa de realização de aplicação tópica profissional de flúor com 0,0013.

Por esse motivo, torna-se importante a proposição do estudo, que verificará quais dos indicadores encaminhados, em períodos avaliativos anteriores, estão em desacordo com o estabelecido pela ANS, de forma que, se possa corrigir e, por conseguinte, obter-se uma pontuação mais próxima da estabelecida pelo órgão regulador (ANS).

1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho está dividido em cinco Capítulos:

No primeiro capítulo é apresentada a introdução, a pergunta de pesquisa, além da descrição do objetivo geral e dos objetivos específicos.

O Capítulo 2 remete ao referencial teórico que embasa o regramento estabelecido (leis, normativas, etc.) pela ANS.

O Capítulo 3 discorre sobre a metodologia aplicada ao estudo.

O Capítulo 4 corresponde ao estudo de caso aplicado CELOS.

O Capítulo 5 apresenta um novo procedimento proposto de encaminhamento de informações, para melhorias na avaliação do IDSS na CELOS.

No Capítulo 6 estão dispostas as considerações e os resultados alcançados.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste Capítulo são apresentados os fundamentos do IDSS, criado pela a ANS como fator de avaliação e classificação das Operadoras Planos de Saúde (OPS) do SSS no Brasil. Descreve-se sobre as especificidades dos sistemas de saúde no Brasil, pontuando a visão do SUS e os Atendimentos Privados, estes últimos representados pelo SSS, valendo-se de uma abordagem histórica. Demonstra-se as prerrogativas da ANS, pontuando suas atribuições e objetivos, bem como se persegue o entendimento do referencial de qualidade da assistência privada à saúde para a ANS.

2.1 SISTEMAS DE SAÚDE

O sistema de saúde no Brasil anterior a década de 70 não possuía uma estrutura unificada, o órgão responsável pelo controle de doenças transmissíveis, as ações de vigilância sanitária e controle de endemias eram de responsabilidade do Ministério da Saúde (2003), realizando as Ações de Saúde. De outro lado, existia a “Medicina Previdenciária”, responsável pelas ações de assistência médico-hospitalar, onde somente pessoas integradas ao mercado formal de trabalho possuíam acesso aos atendimentos e estariam ligadas ao sistema oficial de Previdência Social.

Em 1975, com o advento da Lei n. 6.229/75, regulamentou-se o Sistema Nacional de Saúde - SNS, consagrando a divisão entre as responsabilidades do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), na qual se estabeleceu que o MS teria a responsabilidade das “ações de alcance coletivo” de Saúde Pública, com caráter sanitário e preventivo, ao ponto que o MPAS teria por obrigações as “ações individuais” de assistência médico-hospitalar de natureza curativa (BRASIL, 2003).

Através do processo de redemocratização ocorrido no Brasil na década de 80, desencadeado pela nova configuração política dada pelos movimentos sociais, os quais ganharam bastante força. Pontua-se na área da saúde o “Movimento da Reforma Sanitária”, movimento que reivindicava ser a saúde no Brasil um direito social. Para tanto, os acessos aos serviços de saúde teriam que ser universalizados e integralizados, ficando a cargo do Estado a garantia desses benefícios (BRASIL, 2003).

Em maio de 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a participação de mais de 4.000 pessoas na fase preliminar de preparatórias municipais e estaduais, abrangendo todos os estados brasileiros e, contando com a participação efetiva de quase todas as instituições atuantes no setor, representantes da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos (BRASIL, 1986).

Os temas debatidos durante os três dias de duração e de incessantes negociações entre 135 grupos de trabalho, deliberou-se pela Saúde como Direito e pela Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial (BRASIL, 1986).

O resultado da Conferência gerou um relatório final que serviu de base para a formulação do texto da Constituição Federal em 1988 (BRASIL, 2003). Dentre os conteúdos desenvolvidos, estabeleceu-se que:

Direito a saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986).

A partir do momento de uma nova composição política, meio ao processo de redemocratização, a atividade dos movimentos e a criação de uma Constituição Federal, foi oportunizada a criação do SUS, um sistema de atenção à saúde unificada, gratuita e igualitária a todos os cidadãos brasileiros (BRASIL, 1988), que será apresentado a seguir.

2.1.1 Sistema Único de Saúde

Em 1988, no texto da Constituição Federal (CF) foi criado o SUS, que tinha por objetivo dar acesso gratuito e integral a todos os brasileiros, sem distinção de atendimento para quem possuía vínculo empregatício ou poder aquisitivo (BRASIL, 1988). O primeiro artigo, na sessão II da CF é bem enfático.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros

agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Assim, a estrutura estabelecida para o SUS é de uma organização descentralizada conforme a sua regionalização, estabelecendo as suas ações de acordo com necessidades verificadas. Porém, hierarquizada para o cumprimento das leis, normas e ações governamentais, conforme o disposto no art. 198 da CF de 1988:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

A forma de financiamento do SUS também foi estabelecida no Artigo 198 em seu Parágrafo Único, onde, dispõe que os recursos para funcionamento seriam provenientes do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988). Como o texto foi produzido de uma forma genérica em decorrência das necessidades verificadas para o financiamento com normativas mais específicas, estabeleceu-se que, os cálculos de distribuição dos recursos e suas origens são dados pelo que dispõe a Emenda Constitucional 29 de 2000 (BRASIL, 2000a). Desta forma, foram estabelecidos os critérios e formas de rateio entre a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal para o financiamento da saúde, além de suas responsabilidades quanto a controle e despesas, de acordo ainda, com o disposto pelas Leis 8.080/90 e 8142/90. Para tanto (BRASIL, 2000a) estabeleceu:

- § 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;
- II - No caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os Arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art.

156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º; § 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - Os percentuais de que trata o § 2º;

II - Os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

A Lei Orgânica 8.080/90 marca a regulamentação do setor da saúde no Brasil, a qual dispôs sobre os seguintes temas: objetivos e atribuições; princípios e diretrizes; organização; direção e gestão; competência e atribuições; serviços privados de assistência à saúde; recursos humanos; financiamento (BRASIL, 1990) e outras que foram adicionadas ao texto promulgadas por outras leis, tais como: subsistema de atenção à saúde indígena (incluído pela lei nº 9.836, de 1999); subsistema de atendimento e internação domiciliar (incluído pela lei nº 10.424, de 2002); assistência terapêutica e da incorporação de tecnologia em saúde (incluído pela lei nº 12.401, de 2011).

Paralela à criação do SUS, a Constituição Federal também atuou sobre os agentes da iniciativa privada de assistência à saúde. Vê-se a seguir como foi estruturada a composição do setor privado, o seu fomento, bem como se apresenta os dois subsetores que o formam.

2.1.2 Serviços Privados de Assistência à Saúde

A Constituição Federal de 1988, também procurou dispor sobre as atividades da iniciativa privada de assistência à Saúde, com suas atribuições, direitos, e limites conforme dispõe a (BRASIL, 1988):

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

A Lei 8080/90, caracteriza o tipo de funcionamento dos serviços privados de atenção à Saúde, por meio do Título III – Capítulo I onde, os Artigos 20, 21 e 22 classificam o seguinte:

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Percebe-se que o texto original da Lei, não abre espaço para as empresas ou capital estrangeiro na assistência à saúde, esta participação, somente era autorizada através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas (ONU), de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos (Lei 8080/90, Art. 23). Porém, a partir de janeiro de 2015, com o texto da Lei 13.097/15, foi regulamentada a participação das empresas estrangeiras dispostas nas seguintes permissões:

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada;

b) ações e pesquisas de planejamento familiar;

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social;

IV - demais casos previstos em legislação específica;

Art. 53. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros (BRASIL, 2015).

A estrutura da assistência médica privada no Brasil encontrada nos dias atuais, fomentou a formação das organizações de prestação de serviço privados de atenção à saúde, tanto para o atendimento de empregados de corporações estrangeiras ou multinacionais, bem como de funcionários do serviço público. Além do posterior Decreto de Lei 200, Art. 156, § 2º (BRASIL, 1967), onde, na prestação da assistência médica dá-se preferência à celebração de convênios com entidades públicas e privadas, existentes na comunidade, fortalecendo as instituições privadas, já que a estrutura pública não era satisfatória (VIEIRA; VILARINHO, 2004).

Outro fator histórico que veio a fortalecer o sistema privado conforme Vieira e Vilarinho (2004, p. 5), foi:

A recessão econômica dos anos 80, surgida no bojo da crise do petróleo de 1978, que acarretou a retração nos pagamentos dos convênios com empresas médicas, dando margem que as organizações médicas, já consolidadas financeira e estruturalmente, passassem a fornecer diretamente seus serviços a indivíduos ou empresas.

O sistema privado de assistência à saúde é também dividido em dois subsetores: “o da Saúde Suplementar, que é o predominante nesse subsistema, composto pelos serviços financiados por planos e seguros de saúde, e o liberal clássico, composto pelos serviços particulares autônomos” (CONASS, 2007, p. 68).

Com o objetivo de aprofundar a visão de como foi formada a saúde suplementar brasileira, apresenta-se a seguir como foi fomentado e modificado o SSS, através das regulamentações e dos cenários político-econômicos brasileiros, a partir da década de 40.

2.1.3 Saúde Suplementar

Conforme Pimentel (2011) antes na década de 40 foi criada a Companhia Vale do Rio Doce e posterior a isso, a partir de 1950 a Petrobrás, Chesf, Furnas, Cemig e Usiminas, fortalecendo os laços de empresas estatais de caráter nacional com capital estrangeiro.

Para Lacaz (2007) a década de 50 foi marcada pelo consumo de bens duráveis, principalmente pelo produto das multinacionais automobilísticas, trazendo consigo profissionais estrangeiros. Assim, para uma adequação a padrões de subsídios de atenção à saúde a seus empregados, tais corporações buscam métodos norte-americanos de atenção de Saúde intra-organizacionais, afim de maior produtividade dos empregados.

Assim, a Saúde Suplementar no Brasil conta com um marco histórico na sua criação, na década de 1950 surgem no Brasil sistemas assistenciais próprios, dado a instalação e grandes empresas estatais e multinacionais, além de empresas consolidadas como Banco do Brasil, a qual criou a Caixa de Assistência de Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) e o Grupo Executivo de Assistência Patronal (GEAP) por iniciativa de funcionários do instituto de aposentadoria e pensões dos industriários (CONASS, 2007).

Porém, como existiam diferentes tipos de organizações industriais, bem como diferentes anseios da categoria médica que os atendiam, assim como nos dias de hoje, existiam igualmente vários tipos de modalidades de contratos coletivos.

Outro fator histórico relevante na consolidação das organizações do sistema de assistência suplementar no Brasil é constatado por Pietrobon, Prado e Caetano (2008) ponderando que na década de 70 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência (SINPAS), onde tal órgão, pertencente à estrutura do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), buscou privilegiar a utilização de serviços da saúde privada, capitalizando o setor em questão.

As décadas posteriores mostraram um crescimento exorbitante no SSS, resultante de uma onda de reformas conservadoras em outros países que vieram a impactar também o Brasil, com a diminuição do papel do Estado nas políticas sociais além da deterioração dos serviços públicos, principalmente pela falta e apropriação eficiente dos recursos destinados à saúde (CONASS, 2007).

Para Pietrobon, Prado e Caetano (2008) demorou mais de 30 anos para o setor de Saúde Suplementar começar a ser regulamentado pela Lei 9.656/98. No período anterior a 1998, os consumidores eram protegidos pelo Código de Defesa do Consumidor, estabelecendo um norte para conciliação de conflitos entre as administradoras de planos de saúde e os consumidores deste serviço. Porém, na prática, com uma crescente demanda de insatisfação e injustiças praticadas contra os consumidores, por meio de mensalidades abusivas e exclusões de atendimentos, órgãos sem respaldo técnico e jurídico, recém criados como Procons, não conseguiram absorver as demandas, fato este, que sugeriu uma maior intervenção da atividade estatal como agente regulador de relações, por meio da criação da Lei.

A próxima abordagem descreverá como são compostos e quais são os papéis de cada um dos agentes que fazem parte do SSS, pontuando as especificidades das OPS (Operadoras de Planos de Saúde).

2.1.3.1 Composição do Sistema de Saúde Suplementar

O SSS é composto por vários atores que possuem diferentes papéis atribuídos na sua atuação no mercado, possuímos uma Agência que regula todos os agentes, as operadoras de planos de saúde, as quais ofertam seus planos, os prestadores de serviços operando como os personagens que fazem o atendimento de saúde e os consumidores que contratam os planos e tem por direito a utilização dos serviços oferecidos pelos planos. Para Vieira e Vilarinho (2004, p. 8) o SSS possui a seguinte caracterização e atribuições:

- a) Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que tem o papel de regular o campo, com base nos recursos de poder auferidos pela legislação, a estrutura operacional de fiscalização com abrangência nacional, a independência administrativa e financeira, propiciada pelo sistema de mandato dos seus diretores e a captação de taxa das operadoras de planos de saúde, para suporte às suas atividades;
- b) as operadoras de planos privados de saúde, que têm o papel de estruturar a prestação sistêmica dos serviços de saúde, contratando redes de assistência para o atendimento aos seus clientes, contratantes destes serviços. O poder deste ator reside na estrutura organizacional de que

dispõem, ampla e presente em toda a Federação, assim como no poderio econômico que viabiliza a eficácia de ações de *lobby* no Poder Legislativo;

c) os prestadores de serviço de assistência à saúde, que englobam a classe médica, as clínicas e hospitais de diagnóstico-terapêuticos, efetivando a prestação dos atendimentos aos detentores de planos de saúde, posteriormente remunerados pelas operadoras. Os recursos de poder deste ator estão na sua organização, na forma de conselhos e associações; na bancada formada por donos de clínicas e hospitais no Poder Legislativo; e nos códigos de caráter ético, que brandem contra as operadoras e médicos contratados por estas;

d) os consumidores de planos de saúde, que contratam e utilizam os serviços de saúde, os quais, na defesa dos seus interesses, ainda não se estruturaram em sociedades civis para enfrentamento de questões lesivas aos seus direitos, mas que contam com recursos de poder advindos de entidades externas, como o Poder Judiciário, o Poder Executivo – na figura dos PROCON – e sociedades civis, de caráter privado, como o IDEC, que atuam, cada qual na sua esfera de competência, no sentido de salvaguardar direitos prescritos no Código de Defesa do Consumidor e na Lei nº 9.656, que dispõe sobre os planos privados de saúde.

Dentre os aspectos destacados no papel das operadoras de planos de saúde conforme o Ministério da Saúde e citado por Vilarinho (2003, p. 65), existem 4 (quatro) grupos diferentes de operadoras:

a) a medicina de grupo, que opera na forma de pré-pagamentos, oferecendo planos de saúde para empresas e famílias;

b) as cooperativas médicas, que também oferecem planos de saúde no regime de pré-pagamento, embora contem com estruturas próprias de oferta de serviços com base nos médicos cooperados, além de hospitais próprios ou contratados;

c) os sistemas próprios das empresas, notadamente as de elevado porte, tidos como planos auto-administrados, que funcionam, geralmente, contratando serviços de saúde em regime de pós-pagamento;

d) os planos de seguro saúde, que operam sob diferentes maneiras, de acordo com o tipo de cobertura desejado pelo cliente, permitindo, inclusive, a modalidade de regimes de livre-escolha.

Conforme Conass (2007) o mercado da Saúde Suplementar foi estruturado basicamente por esses quatro seguimentos, classificando-se o item “C” como o de Autogestões, onde cada um possui suas próprias formas de organização e de

representação diferentes, mas que ao final as atividades fins desenvolvidas são as mesmas.

Porém, para a ANS existem mais alguns grupos que segmentam o setor conforme a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) de outubro de 2000 nas modalidades caracterizadas em: administradoras de planos; cooperativas médicas; cooperativas odontológicas; autogestões; medicina de grupo; odontologia de grupo ou filantropia (BRASIL, 2000c).

Mesmo que todas essas modalidades tenham algumas diferenças e características específicas o Conass (2007, p. 84), defende que todas essas organizações administram “[...] pecúlios, ou seja, são valores correspondentes a contribuições diretas de indivíduos e/ou patrocinadores (empregadores) que vem a garantir assistência à saúde” (CONASS, 2007, p.84).

Com a implementação das Leis 9656/98 e 9961/00, as operadoras vieram a ter tratamento parecido com o Sistema Financeiro Nacional (SFN), em que para poder funcionar precisam dar garantias financeiras (capital mínimo e reservas), classificado como “autorização especial”, são monitoradas, obrigadas a publicar seus balanços, podem sofrer intervenção da ANS (atuando sob regimes especiais) e são passíveis de liquidação extrajudicial (CONASS, 2007).

A seguir serão demonstrados quais as resoluções e os órgãos que preliminarmente antecederam à ANS.

2.2 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Percebe-se que, por muito tempo, a saúde suplementar no Brasil ficou sem uma regulamentação ativa, específica e eficaz, por mais que existissem abordagens em Resoluções, Leis e ainda órgãos responsáveis por fiscalizar, não se conseguia verificar os resultados desejados para o setor (CONASS, 2007).

A Lei 9656/98 criou o Conselho Nacional de Seguros Privados – (CNSP), que teria a atribuição de regulamentar os planos privados de assistência à saúde, composto pelo Ministro de Estado da Fazenda, o Ministro de Estado da Saúde, o Ministro de Estado da Justiça, o Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social, o Presidente do Banco Central do Brasil, o Superintendente da SUSEP

(Superintendência de Seguros Privados), o Presidente do Instituto de Resseguros do Brasil (IRB), sendo presidido pelo Ministro de Estado da Fazenda e, na ausência deste pelo Superintendente da SUSEP.

De mesmo modo, a Lei 9656/98 também criou a Câmara de Saúde Suplementar, que possuía o objetivo de se pronunciar acerca das matérias de audiências obrigatórias e das deliberações por maioria de votos, presente a maioria absoluta de seus membros, e as proposições aprovadas por dois terços de seus integrantes. Tal câmara era composta, além dos representantes citados acima, representantes das entidades envolvidas no setor, sendo:

- representante de entidades de defesa do consumidor;
- representante de entidades de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde;
- representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem os estabelecimentos de seguro;
- representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem o segmento de autogestão de assistência à saúde;
- representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem a medicina de grupo;
- representante indicado pelas entidades que representem as cooperativas de serviços médicos;
- representante das entidades filantrópicas da área de saúde;
- representante indicado pelas entidades nacionais de representação da categoria dos médicos;
- representante indicado pelas entidades nacionais de representação da categoria dos odontólogos;
- representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem as empresas de odontologia de grupo;
- representante do Ministério Público Federal.

Na fase anterior a criação da ANS, havia uma regulamentação “bipartite”, de um lado o órgão responsável era o Ministério da Fazenda, por meio do CNSP e SUSEP, controlando a atividade econômico-financeira. De outro lado o Ministério da

Saúde, que tinha a obrigação de controlar as atividades e produtos oferecidos, por meio do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e Departamento de Saúde Suplementar (DESAS) (CONASS, 2007).

No próximo tópico será demonstrado como ocorreu a criação da ANS, a sua composição, normas e políticas, modelo de estrutura e operação. Será apresentado também, um quadro da Lei que criou a ANS, as dificuldades enfrentadas pela agência no objetivo de regular o setor, bem como os agentes externos que influenciam no setor.

2.2.1 A Criação da ANS

Em novembro de 1999, foi colocada em votação a Medida Provisória nº 1.928, sendo aprovada pelo Congresso Nacional e com força de Lei, criando as atribuições da ANS (BRASIL, 1999):

Art. 1º Fica criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Parágrafo único. A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

Art. 2º Caberá ao Poder Executivo instalar a ANS, devendo o seu regulamento, aprovado por decreto do Presidente da República, fixar-lhe a estrutura organizacional básica.

Parágrafo único. Constituída a ANS, com a publicação de seu regimento interno, pela diretoria colegiada, ficará a autarquia, automaticamente, investida no exercício de suas atribuições.

Art. 3º A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Três meses depois da MP 1.928 ser aprovada em 28 de janeiro de 2000, a criação da ANS foi convertida na Lei 9.961/00, consolidando a regulação do setor em um órgão, cabendo a ela propor as diretrizes para o setor saúde (BRASIL, 2000b). Algumas das competências da ANS através da (Lei 9.961/00) foram subdivididas em Políticas e Normativas, Operação, Atenção à Saúde, Qualidade e Sistemas, dispostas em Quadro 1.

Quadro 1 - Subdivisão Lei 9.961 de 2000 (Continua)

Políticas e Normativas	I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;
	II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;
	IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;
	VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;
	VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;
	VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;
	XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
	XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;
	XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;
	XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
	XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
	XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)
	XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
	XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;
Operação	XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;
	XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;
	XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)
	XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;
	XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos privados

	<p>de assistência à saúde; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)</p> <p>XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)</p> <p>XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei no 8.078, de 11 de setembro de 1990;</p>
Atenção à Saúde	<p>III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;</p> <p>IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;</p> <p>X - definir, para fins de aplicação da Lei no 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;</p> <p>XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;</p> <p>XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;</p>
Qualidade	<p>V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;</p> <p>XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;</p> <p>XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;</p> <p>XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;</p> <p>XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;</p> <p>XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;</p> <p>XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;</p>
Sistemas	<p>XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;</p> <p>XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;</p>

Quadro 1 - Subdivisão Lei 9.961 de 2000 (Conclusão)

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Diferente de outras agências reguladoras a ANS não possuía um histórico de informações para dar embasamento ao controle do setor, para Dias (2004, p. 9):

Algumas agências, tais como a ANEEL e ANATEL, foram criadas com extenso acervo histórico de indicadores e outras práticas de regulação e

normatização. A ANS se diferenciou justamente por não ter extenso conhecimento documentado das práticas de fiscalização e regulação dos mercados de saúde suplementar. Foi criada para cuidar de um setor sobre o qual o Estado quase não dispunha de acervo de informações.

Desta forma, verifica-se que:

A publicação dos dispositivos legais que instituíram a regulação por parte do Estado do Setor de Saúde Suplementar e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, possibilitou maior conhecimento do setor e definição de critérios para a entrada no mercado, funcionamento e acompanhamento econômico-financeiro das operadoras de planos e seguros de saúde. (CONASS, 2007, p. 46).

A falta de histórico descrita por Dias (2004) condicionou à ANS a iniciar suas atividades buscando informações para compreender melhor o setor saúde. Dado que, por mais que o produto final das operadoras de saúde seja o mesmo (garantir o acesso à saúde de seus beneficiários), as seguradoras diferem por possuírem especificidades que precisam ser consideradas.

O diagrama a seguir elaborado por Vilarinho (2003) ilustra o campo de atuação da ANS, inserida dentro da Saúde Suplementar, mas mantendo constantes trocas de informações com o sistema público de saúde. Mostra também, os agentes externos que influenciam de toda forma com os caminhos trilhados pelo setor. Observado na Figura 1.

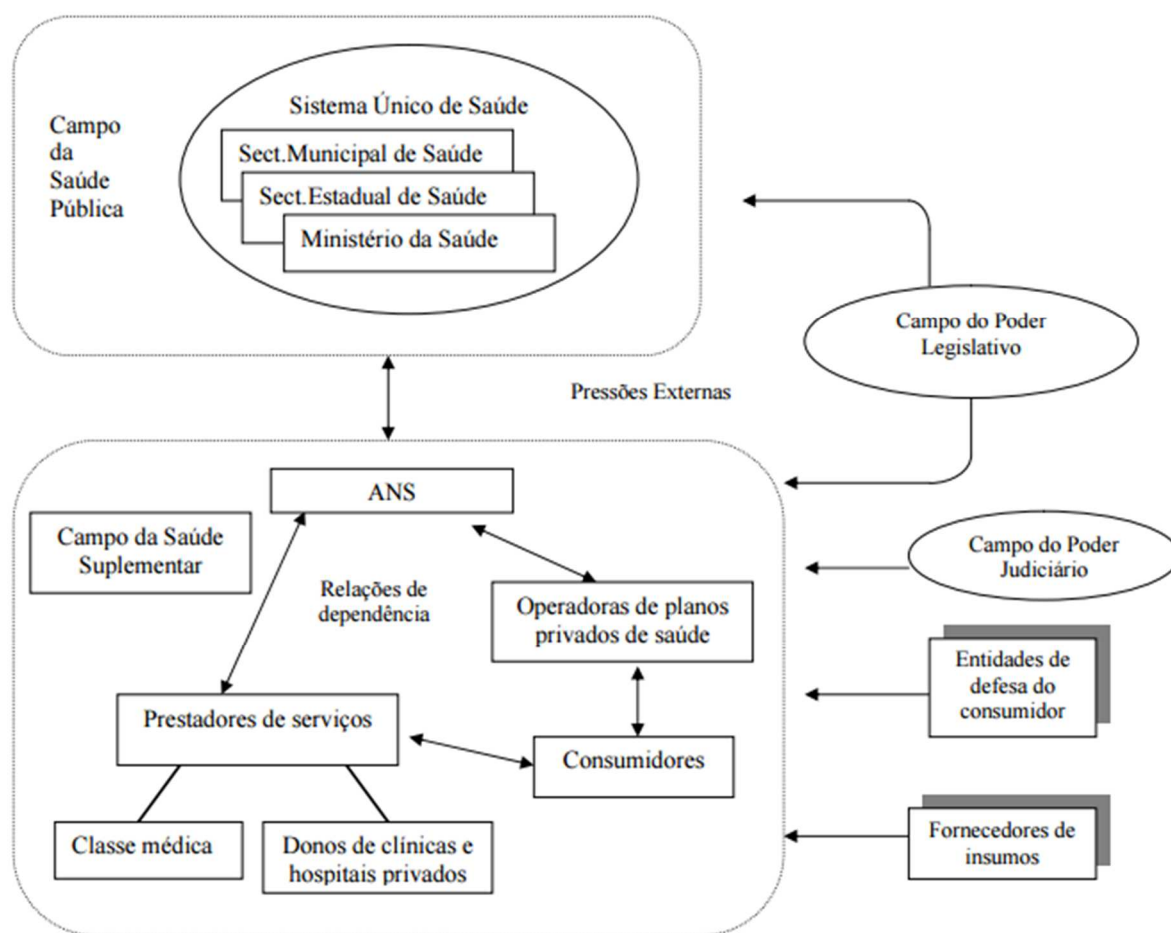


Figura 1 - Diagrama estrutura Sistemas de Saúde
Fonte: Vilarinho (2003).

O próximo tópico buscará demonstrar historicamente como ocorreram às primeiras avaliações do IDSS a partir de 2006, a estrutura de avaliação, as modificações ocorridas ao longo do tempo e a composição da ficha dos indicadores técnicos de avaliação para o próximo período.

2.3 O IDSS

As primeiras avaliações de qualidade dos serviços prestados pelas seguradoras privadas de saúde foram dadas pelo estabelecimento de indicadores construídos pela ANS, como pode-se observar no Quadro 2:

FAMÍLIA DE INDICADORES	INDICADORES
Indicadores de despesa	<ul style="list-style-type: none"> - Valor médio de despesa por evento - Despesa assistencial líquida por exposto - Taxa de recuperação de indenização de despesa assistencial - Taxa de participação dos beneficiários em eventos indenizáveis (coparticipação) - Taxa de recuperação de eventos indenizáveis (seguros)
Indicadores de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Coeficiente de mortalidade materna - Coeficiente de nascidos vivos - Coeficiente de natalidade - Coeficiente de natimortalidade - Taxa de mortalidade materna - Taxa de prematuridade
Indicadores de prestação de serviços	<ul style="list-style-type: none"> - Frequência de utilização - Índice de exames por consulta - Índice de exames – grupo 1 por consulta⁸ - Índice de exames – grupo 2 por consulta⁹ - Índice de terapias por consulta - Índice de terapias – grupo 1 por consulta¹⁰ - Índice de terapias – grupo 2 por consulta¹¹ - Média de permanência de internação - Taxa de diárias de UTI e unidade semi-intensiva - Taxa de utilização de UTI e CTI neonatal - Taxa de atendimento ao RN na sala de parto - Taxa de internações de gravidez terminada em aborto - Índice de internações por transtornos maternos na gravidez - Índice de internações por complicações no período de puerpério - Taxa de parto normal - Taxa de parto cesárea
Indicadores odontológicos de prestadores de serviço	<ul style="list-style-type: none"> - Frequência de utilização - Índice de exames odontológicos por consulta - Taxa de procedimentos odontológicos preventivos - Taxa de procedimentos de periodontia - Taxa de procedimentos de dentística - Taxa de procedimentos de cirurgia odontológica ambulatorial - Taxa de procedimentos de endodontia - Taxa de procedimentos do rol odontológico no total de procedimentos odontológicos
Indicadores de incremento	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de incremento acumulado no ano - Taxa de incremento no período

Quadro 2 - Primeiros indicadores de avaliação criados pela ANS

Fonte: Adaptado de Indicadores produzidos a partir do SIP (DIAS, 2004).

Em 2006, a Resolução Normativa (RN) 139, institucionalizou avaliações periódicas e estabeleceu os agrupamentos de índices e as dimensões quantitativas e qualitativas que são utilizadas até os dias de hoje, sendo:

Art. 10. Os indicadores avaliados são agregados nas seguintes dimensões:

I - dimensão da atenção à saúde;

II - dimensão econômico-financeira;

III - dimensão de estrutura e operação; e.

IV - dimensão de satisfação dos beneficiários.

§1º A dimensão da atenção à saúde é composta por um conjunto de indicadores, definidos a partir de linhas de cuidado em saúde, que avaliará a qualidade da assistência à saúde prestada aos beneficiários.

§2º A dimensão econômico-financeira consiste na avaliação da situação econômico-financeira da operadora frente à manutenção dos contratos assinados de acordo com a legislação vigente.

§3º A dimensão estrutura e operação consiste na avaliação do modo de produção da operadora.

§4º A dimensão satisfação do beneficiário consiste na avaliação que o beneficiário fará do cumprimento ao estabelecido no contrato com a operadora. (BRASIL, 2006)

Assim, no mesmo ano de 2006, dentre todas as dimensões, foram avaliados 41 (quarenta e um) indicadores e, logo depois, já estava sendo estudada a ampliação para 58 (cinquenta e oito), dada ao aprimoramento dos sistemas de informações da ANS em conjunto com o MS.

Foi estabelecido também (BRASIL, 2006), que para cada uma das dimensões exercerá sobre ela um cálculo ponderado, ficando à época, cinquenta por cento (50%) para Dimensão em atenção à saúde, trinta por cento (30%) para Dimensão econômico-financeira, dez por cento (10%) para Dimensão estrutura e operação, dez por cento (10%) para Dimensão da satisfação de beneficiários.

Portanto, pode-se observar que desde sua formação, a cada ano o IDSS sofre mudanças, onde os componentes de avaliação são inclusos, alterados ou excluídos, de acordo com avaliação de novos fatores contingenciais (CONASS, 2007).

Posteriormente, com a verificação de novas demandas de atenção à saúde e novos modelos de aplicação e divulgação dos resultados, além do aprimoramento contínuo dos seus regimentos internos, a RN 139 ganhou corpo e foi sendo alterada. A RN 193, de 2009, por exemplo, inclui itens estabelecendo prazos no que tange a divulgação dos resultados e questionamentos das operadoras e a possibilidade de ajustes na pontuação dos índices caso necessário (BRASIL, 2009).

Observa-se que, ao longo do tempo, a ANS possui um aprimoramento contínuo, alterando as formas de cálculo de acordo com as mudanças que ocorrem.

Como se pode observar, outro indicador alterado foi o percentual de pontuação para cada uma das dimensões avaliadas, onde, BRASIL (2011), dispõe que a partir da data de sua publicação, os novos valores são: quarenta por cento (40%) para a dimensão da atenção à saúde; vinte por cento (20%) para a dimensão econômico-financeira; vinte por cento (20%) para a dimensão de estrutura e operação; vinte por cento (20%) para a dimensão da satisfação do beneficiário.

No ano de 2014 a supervisão de execução do programa de qualificação passou a ser realizado pela diretoria de desenvolvimento setorial conforme (BRASIL, 2014): “A supervisão da execução do Programa de Qualificação de Operadoras é de competência da Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES, desde a edição da RN nº 354, em 25/08/2014, quando alterou a RN nº 139, de 24/11/2006”.

Ainda conforme a IN 53 será capturada os dados dos seguintes Sistemas de Informações da ANS e MS, e que subsidiarão a composição do cálculo do IDSS:

- I - Sistema de Informação de Beneficiários - SIB;
- II - Sistema de Informações de Produtos - SIP;
- III - Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS;
- IV - Sistema Integrado de Fiscalização - SIF;
- V - Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS: a) dados referentes às características e à situação dos produtos; e b) dados de rede credenciada;
- VI - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. (BRASIL, 2014)

Para critérios de pontuação, a Instrução Normativa decreta que as operadoras receberão valores zerados quando encaminharem as seguintes inconsistências:

- I - em qualquer dimensão ou em algum de seus indicadores, apresentar inconsistência dos dados necessários ao cálculo do respectivo índice de desempenho; II - na dimensão atenção à saúde: a) não enviar dados do SIP referentes a um ou mais trimestres do ano avaliado até 30 de abril de 2015; b) informar eventos, beneficiários e despesas com valores repetidos (maiores que zero) em dois ou mais trimestres do SIP do ano avaliado; ou c) informar eventos, beneficiários e despesas com valores iguais a zero em um ou mais trimestres do SIP do ano avaliado; ou III - na dimensão econômico-financeira, não enviar os dados do DIOPS referentes ao quarto trimestre do ano avaliado, até a data de 30 de abril de 2015. Parágrafo único. Para efeito do inciso I considera-se inconsistência de dados como aquele que sejam: I -

discrepantes por terem valores atípicos; II - divergentes em arquivos ou sistemas em que estejam informados; III - incoerentes; ou IV - insuficientes.

Conforme o relatório de desempenho das Operadoras em 2014 realizado pela ANS em 2014, tendo como ano base 2013 “O resultado do cálculo do IDSS de cada operadora é exibido por meio de uma nota, representada por uma faixa de pontuação”, conforme demonstra a Figura 2.

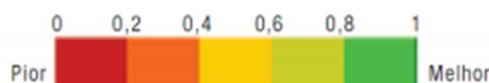


Figura 2 - Faixa de pontuação IDSS

Fonte: ANS, 2014.

Todos os resultados relativos ao cálculo do IDSS são apresentados ao público, incluindo a pontuação de cada indicador e de suas respectivas dimensões. A divulgação é realizada anualmente no endereço eletrônico da agência (ANS, 2014). Essa divulgação tem por objetivo:

Aumentar a transparência do setor, tornando pública a avaliação de desempenho em relação aos aspectos de atenção à saúde, rede assistencial, econômico-financeiro e de satisfação dos beneficiários de cada operadora. O IDSS também permite a comparação entre operadoras semelhantes, estimulando a disseminação de informações e a concorrência no setor (ANS, 2014).

A ANS estabelece que cada uma das dimensões representa uma especificidade, logo cada uma delas procura avaliar os itens:

- **dimensão Atenção à Saúde:** avalia aspectos de acesso e qualidade da atenção, com ênfase nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada aos beneficiários;
- **dimensão Econômico-Financeira:** acompanha o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde sob o ponto de vista das condições de liquidez e solvência, avaliando a capacidade de manter-se em dia com suas obrigações

financeiras junto a seus prestadores para o atendimento com qualidade e de forma continua a seus beneficiários;

- **dimensão Estrutura e Operação:** afere as condições da oferta de rede de consultórios, hospitais, ambulatorios, laboratórios e centros diagnósticos oferecidos pelas operadoras de planos de saúde para o atendimento de seus beneficiários. Além disso, avalia o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto a ANS;
- **dimensão Satisfação dos Beneficiários:** utiliza as reclamações recebidas pela ANS, indicadores de permanência dos beneficiários, mede a gravidade das infrações à legislação cometidas por parte das operadoras.

Para o cálculo do IDSS 2015, com as informações capturadas dos sistemas de informação com o ano-base 2014, são analisados 29 (vinte e nove) indicadores, desses, 16 (dezesesseis) são referentes à Dimensão de Atenção à Saúde, 4 (quatro) à Dimensão Econômico-financeira, 6 (seis) à Dimensão Estrutura e Operação e 3 (três) à Dimensão de Satisfação de Beneficiários. Cada um dos indicadores possui um peso, conforme segue no Quadro 3.

Quadro 3 - Avaliação de Desempenho do IDSS Referente ao ano de 2014
(Continua)

DIMENSÃO	INDICADOR	PESO
1. INDICADORES DA DIMENSÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	1.1. taxa de citopatologia cérvico-vaginal oncótica	3
	1.2. taxa de mamografia	3
	1.3. proporção de parto cesáreo	3
	1.4. número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário	2
	1.5. taxa de internação hospitalar	2
	1.6. proporção de consulta médica em pronto socorro	2
	1.7. índice de sessões de quimioterapia sistêmica por consulta médica	2
	1.8. taxa de internação por fratura de fêmur em idosos	0
	1.9. número de consultas médicas ambulatoriais selecionadas por beneficiário com 60 anos ou mais	3
	1.10. número de consultas odontológicas iniciais por beneficiário	2
	1.11. taxa de aplicação tópica profissional de fluor	1,5
	1.12. taxa de raspagem supra –gengival	2
	1.13. taxa de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído	1
	1.14. taxa de exodontia de permanente	1
	1.15. proporção de próteses odontológicas unitárias	1

	1.16. programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças	bônus 10% ou 15% sobre idas
2. INDICADORES DA DIMENSÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA	2.1. patrimônio líquido ajustado por margem de solvência	2
	2.2. liquidez corrente	1
	2.3. provisão de eventos ocorridos e não avisados	1
	2.4. suficiência em ativos garantidores vinculados	2
3. INDICADORES DA DIMENSÃO ESTRUTURA E OPERAÇÃO	3.1. dispersão de procedimentos e serviços básicos de saúde	1
	3.2. dispersão da rede assistencial médico hospitalar	1
	3.3. dispersão de serviços de urgência e emergência vinte e quatro horas	1
	3.4. dispersão da rede assistencial odontológica	1
	3.5. percentual de qualidade cadastral	3
	3.6. índice de regularidade do envio dos sistemas de informação	3
4. INDICADORES DA DIMENSÃO SATISFAÇÃO DO BENEFICIÁRIO	4.1. proporção de beneficiários com desistência no primeiro ano	1
	4.2. sanção pecuniária em primeira instância	1
	4.3. índice de reclamações	3

Quadro 1 - Avaliação de Desempenho do IDSS Referente ao ano de 2014

Fonte: Adaptado de Peso dos Indicadores, Programa de Qualificação da Saúde Suplementar - Componente Operadoras (ANS, 2014).

A avaliação de cada um dos indicadores possui um objetivo específico para a melhoria contínua das OPS e, para embasar o motivo da escolha de cada um, a ANS apresenta um documento denominado “fichas técnicas dos indicadores do programa de qualificação da saúde suplementar – componente operadoras, avaliação de desempenho referente ao ano de 2014”, onde apresenta para cada indicador: identificação; conceito; método de cálculo; definição dos termos utilizados no indicador; interpretação do indicador; usos; parâmetros, dados estatísticos e recomendações; meta; pontuação; fonte de dados; ações esperadas para causar impacto no indicador; limitações e vieses e referências (ANS, 2015).

Conforme CONASS (2007) cada um dos itens possui a seguinte atribuição:

- **Identificação:** nome do indicador. Ex.:

Proporção de parto cesáreo (ANS, 2015).

- **Conceito:** características que definem o indicador, a forma como ele se expressa, bem como sua delimitação em relação à forma, o espaço e o tempo. Ex.:

Percentual de partos cesáreos realizados nas beneficiárias da operadora, no período considerado (ANS, 2015).

- **Método de cálculo:** fórmula utilizada para calcular o indicador e que define precisamente os elementos que a o compõem, demonstrado no Quadro 4. Ex.:

INDICADOR SIP	DEFINIÇÃO
Proporção de Parto Cesáreo	$\frac{\text{Número de partos cesáreos em beneficiários fora do período de carência}}{\text{Total de partos (normais + cesáreos) em beneficiários fora do período de carência}} \times 100$

Quadro 2 - Método de cálculo para o indicador

Fonte: ANS (2015).

- **Definição de termos utilizados no Indicador:** Informações para compreensão do conteúdo dos termos que compõe o conceito, normalmente constante do glossário do sistema de coleta do dado. Ex.:

a) Parto cesáreo - Procedimento cirúrgico no qual o concepto é extraído mediante incisão das paredes abdominal e uterina. b) Parto normal - Procedimento no qual o concepto nasce por via vaginal (ANS, 2015).

- **Interpretação do Indicador:** Explicação sucinta do tipo de informação obtida e seu significado. Ex.:

Permite estimar a ocorrência de partos cesáreos em relação ao total de partos realizados em uma determinada operadora no período considerado. É um dos instrumentos utilizados para avaliar a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, uma vez que o aumento excessivo de partos cesáreos, acima do padrão de 15% definido pela Organização Mundial de Saúde – OMS[...] (ANS, 2015).

- **Usos:** principais formas de utilização do indicador gerado, que devem ser consideradas para fins de análise. Ex.:

Avaliar, indiretamente, o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma assistência adequada possa causar impacto positivo no valor do indicador. Subsidiar a elaboração e a avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção materno-infantil e a assistência médico-hospitalar prestada aos beneficiários de planos de saúde (ANS, 2015).

- **Parâmetros, dados estatísticos e recomendações:** valores de referência locais, nacionais e/ou internacionais, disponíveis para análise comparativa da situação descrita pelo indicador e utilizados para definição da meta, quando houver. Os padrões ou parâmetros são expressões da amplitude das variações conhecidas de um indicador. Ex.:

a) No Brasil, ocorrem cerca de 3 milhões de nascimentos ao ano, sendo grande parte deles por meio de cesarianas. As taxas de cesariana são altas e ascendentes em todo território nacional, em todas as faixas de idade, incluindo as adolescentes[...].

b) A análise deste indicador evidenciou que a parto cirúrgico predomina no mercado privado de planos de saúde no Brasil. Foram identificadas altas taxas de cesariana, variando de 64,30% em 2003 a 83,56% em 2009, valores muito acima dos 15% recomendados pela OMS.

c) A Portaria Técnica/GM nº 466, de 14 de maio de 2000, estabelece limites percentuais, por estado, para a realização de partos cesáreos, bem como critérios progressivos para o alcance do valor máximo de 25% para todos os estados brasileiros (ANS, 2015).

- **Meta:** Valor pretendido, em relação ao parâmetro, a ser alcançado no período de análise, levando-se em conta as diretrizes da ANS para o setor e a segmentação assistencial de atuação da operadora. Ex.:

a) A meta é atingir um resultado igual ou inferior a 45% de partos cesáreos, no período considerado (ANS, 2015).

- **Pontuação:** é a aplicação do resultado do cálculo, no índice para pontuação de acordo com o estabelecido na meta e estabelecido na Figura 3.

PROPORÇÃO DE PARTO CESÁRIO	Pontuação
Resultado do indicador	Valor de 0 a 1
Resultado ≥ 90	0
Resultado >45 e < 90	$0 < V < 1$
Resultado ≤ 45	1

$$V = 1 - (((\text{Resultado} > 45 \text{ e } < 90) - 45) / 45)$$

Figura 3 - Método de pontuação do indicador
Fonte: ANS (2015).

- **Fonte de dados:** sistemas ou rotinas responsáveis pela coleta e pelo tratamento dos dados utilizados para o cálculo do indicador. Ex.:

- a) Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item E3.2 “Parto cesáreo”; coluna II (Eventos);
- b) Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Itens E3.1 “Parto normal” + E3.2 “Parto cesáreo”; coluna II (Eventos) (ANS, 2015).

- **Ações esperadas para causar impacto no indicador:** ações de saúde em qualquer nível de atenção ou atividades afins, cujo resultado proporciona uma aproximação do resultado do indicador ao estabelecido como meta. Ex.:

- a) Incentivar o acompanhamento ao pré-natal a fim de reduzir as indicações de cirurgia decorrentes de condições clínicas, de forma que o parto cirúrgico seja realizado somente sob indicações precisas.
- b) Incentivar a disseminação de informações a respeito das vantagens do parto normal em comparação com o parto cesáreo e dos riscos da realização do parto cesáreo na ausência de indicações precisas [...] (ANS, 2015).

- **Limitações e vieses:** fatores que restringem a interpretação do indicador referente tanto ao próprio conceito quanto as fontes utilizadas. Ex.:

As variações geográficas desse indicador só se aplicam para o SUS onde é possível relacionar o tipo de parto ao local de residência da parturiente (ANS, 2015).

- **Referências:** publicações utilizadas para subsidiar a elaboração da ficha técnica do indicador, quando houver. Ex.:

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília, DF, 2005 (ANS, 2015).

O próximo tópico apresenta as conclusões parciais do Capítulo 2, apontando os objetivos atingidos até o momento e introduz o Capítulo 3.

2.4 CONCLUSÕES PARCIAIS

No Capítulo 2, pode-se identificar como ocorreu a criação do SSS, assim como a ANS, ponderando sobre fatos históricos ocorridos no Brasil e explanando as Leis e Normas geradas a partir da demanda constituída no setor. Verifica-se, ao mesmo tempo, como a ANS criou IDSS, o objetivo por detrás da constituição do mesmo, bem como os documentos que caracterizam a composição do índice, o qual é alterado anualmente de acordo com novas demandas observadas.

Com isso, atinge-se os objetivos específicos de verificar historicamente a criação do IDSS e analisar os documentos fazem a composição do IDSS.

O Capítulo 3 aborda a Metodologia, ao passo que se qualifica o tipo de pesquisa, a abordagem, quais os tipos de instrumentos de coleta dos dados, bem como os procedimentos utilizados na análise destes.

3 METODOLOGIA

De acordo com Almeida (2011, p. 19), a metodologia de pesquisa “corresponde a um conjunto de procedimentos adotados em estudos aos quais se atribui a confiabilidade do rigor científico”.

Oliveira (2011, p. 16) metodologia científica “deve apresentar como se pretende realizar a investigação. O autor deverá descrever a classificação quanto aos objetivos da pesquisa, a natureza da pesquisa, a escolha do objeto de estudo, a técnica de coleta e a técnica de análise de dados”.

Ainda conforme Almeida (2011, p. 20) é preciso que quem irá ler o estudo saiba o tipo de pesquisa que está sendo realizada o classificando em “se é um estudo puramente teórico, ou se é teórico e empírico, se tem abordagem quantitativa ou qualitativa, se é um estudo exploratório, descritivo, explicativo, estudo de caso [...]”.

3.1 TIPO DE PESQUISA

De acordo com as referências demonstradas, o presente trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva-explicativa, com a abordagem teórico-empírica, valendo-se de um estudo de caso aplicado, na empresa CELOS.

3.1.1 Quanto aos Objetivos

Como se observa, é necessário estabelecer que a escolha do tipo de pesquisa esteja paralelamente associada aos objetivos do estudo, conforme Gil (2002) podem-se classificar as pesquisas em três grupos: exploratórias, descritivas e explicativas.

Tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torna-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Na maioria dos casos, essas pesquisas envolvem: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram

experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão. (GIL, 2002, p. 41).

Com base na compreensão dessas classificações pode-se atribuir que a elaboração deste trabalho é classificada com uma abordagem descritiva e explicativa. Esta verificação é corroborada no momento de estabelecer os objetivos, onde, em um primeiro momento descreve-se e explica-se como foi criado o IDSS pela ANS, no segundo momento, descreve-se o processo de encaminhamento, processamento e fluxo de informações do IDSS pela CELOS, e em um terceiro momento serão apresentadas propostas à empresa para uma nova metodologia de fluxo, a fim de otimizar os resultados.

3.1.2 Quanto à Natureza

O estudo elaborado trata de um estudo de caso único, pois busca descrever e explicar como ocorre o processo do IDSS na Fundação CELOS.

Segundo Yin (2001), o estudo de caso pode ser restrito a uma ou a várias unidades, caracterizando-o como estudo de caso único ou múltiplo. Podendo elas ser definidas como indivíduos, organizações, processos, programas, bairros, instituições, comunidades, bairros, países e, até mesmo, eventos.

Para Oliveira (2011, p. 27) “as pesquisas podem ser classificadas em: estudo de caso único, estudo de casos múltiplos, estudos censitários ou estudos por amostragem”.

3.1.3 Coleta de Dados e Abordagem

Conforme Oliveira (2011, p. 40), as fontes primárias são buscadas através “pesquisa documental é a coleta de dados em fontes primárias, como documentos escritos ou não, pertencentes a arquivos públicos; arquivos particulares de instituições e domicílios, e fontes estatísticas”.

Malhotra (2006) explana que fontes secundárias são obtidas pelo pesquisador com a finalidade de solucionar o problema de pesquisa, por meio de: livros de leitura

corrente, obras de divulgação, livros de referências informativa, monografias, dissertações e teses, revistas, jornais, sites da internet, entrevistas documentadas e notícias correntes.

Com relação à abordagem da pesquisa, o estudo caracteriza-se como qualitativo. Conforme Silveira e Córdova (2009, p. 31) a pesquisa qualitativa “não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização”.

3.1.4 Procedimentos Técnicos

Conforme Gil (2002), para que se possa chegar melhor ao resultado esperado é necessária à classificação da pesquisa, e para tanto, elabora-se uma lista de caracterização, de acordo com os procedimentos técnicos utilizados. Segundo o autor são 10 (dez) técnicas possíveis a se utilizar (ver Quadro 5).

Tipo de técnica	Descrição técnica
Pesquisa bibliográfica	desenvolvida com base em material já elaborado: livros e publicações científicas;
Pesquisa documental	que é a análise de documentos que não foram contribuições de outros autores
Pesquisa experimental	consiste na determinação de um objeto de estudo, selecionar as variáveis que são capazes de influenciá-lo, definir formas de controle e observação dos efeitos sobre o objeto;
Pesquisa export-facto	consiste em um experimento que é executado após os fatos
Estudo de coorte	um grupo de pessoas que têm alguma característica comum, constituindo uma amostra a ser acompanhada por certo período de tempo, para se observar e analisar o que acontece com elas
Levantamento	ocorre por meio de perguntas diretas a uma população a fim de conhecer seu comportamento
Estudo de campo	procura mais o aprofundamento das questões propostas do que a distribuição das características da população segundo determinadas variáveis
Estudo de caso	pesquisa profunda e exaustiva de um ou mais contextos, que permite um amplo e detalhado conhecimento sobre um determinado tema
Pesquisa-ação	quando o pesquisador participa da situação a ser pesquisada
Pesquisa participante	caracterizada devido a interação entre pesquisadores e membros das situações investigadas

Quadro 5 - Procedimentos técnicos de pesquisa

Fonte: Adaptado de Gil (2002).

Os procedimentos técnicos utilizados na presente pesquisa foram: pesquisa bibliográfica na busca pelo referencial teórico, pesquisa documental, caracterizada pela busca de dados nos sistemas informacionais da CELOS e elaborou-se ainda um estudo de caso com o intuito de contemplar o objetivo geral do estudo.

3.1.5 Instrumentos de Pesquisa

As ferramentas utilizadas na pesquisa, de acordo com as técnicas aplicadas por Gil (2002), foram aplicadas em cada uma das Fases e Etapas da pesquisa, conforme o Quadro 6.

FASE	ETAPA	METODOLOGIA
Etapa Preliminar	Pesquisar sobre outras obras referenciadas a fim de embasar o estudo	Análise bibliográfica
Etapa Secundária	Verificar documentos relativos à ANS de acordo com os objetivos	Análise documental
	Verificar documentos da CELOS de acordo com o IDSS	Análise documental
Diagnóstico	Descrever Processos da CELOS	Análise documental
	Verificar a Pontuação Histórica	Análise documental
	Verificar a forma de troca de informações CELOS x ANS	Análise Documental e Sistemas
Melhoria contínua	Propor um novo fluxo de controle das trocas de informações de maneira que as inconsistências possam ser corrigidas de maneira preventiva	Análise e proposição do Autor

Quadro 6 – Fases e Etapas da Pesquisa

Fonte: Adaptado de GIL (2002).

3.2 CONCLUSÕES PARCIAIS

A metodologia possibilitou demonstrar o tipo de pesquisa utilizado, a abordagem, a coleta de dados e as técnicas utilizadas no estudo, a fim de atingir os objetivos estabelecidos e responder à pergunta de pesquisa. Do mesmo modo, é possível verificar para cada etapa de execução do estudo a metodologia empregada.

No próximo capítulo, será realizada a análise dos resultados, a fim de atingir os objetivos específicos de: analisar o processo de construção das dimensões do IDSS na CELOS, proceder ao resgate das dimensões do IDSS alcançadas na CELOS e propor melhorias para o cálculo do IDSS na CELOS. Para tanto, será contextualizada a OPS objeto de estudo, será descrito como ocorrem os processos de envio de

arquivos dos diferentes sistemas para a ANS, será verificada a pontuação histórica e proposta uma nova metodologia de envio dos arquivos.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS (ESTUDO DE CASO)

Esta etapa do trabalho constitui a aplicação do estudo. Descreve-se o contexto, analisa-se como a Fundação CELOS faz encaminhamento de seus processos para a detecção de possíveis inconformidades, a fim de possibilitar proposições de melhoria na pontuação do IDSS.

4.1 A FUNDAÇÃO CELOS

Em 1969, um acordo sindical entre as Centrais Elétricas de Santa Catarina S/A (CELESC) e o Sindicato dos Eletricitários, previu a criação de uma Fundação com o objetivo de propiciar assistência a seus empregados e dependentes. A criação foi concretizada em 1973 e no ano de 1976 a CELOS instalou-se em sede própria, no centro de Florianópolis, onde permanece até hoje.

A atividade fim da CELOS consiste em administrar planos previdenciários e assistenciais. A CELOS visa garantir a seus participantes benefícios previdenciários complementares aos da Previdência Oficial além de assistência médica e odontológica estendido a seus familiares. A Fundação é uma das mais tradicionais organizações de previdência privada do Sul do país que atende os funcionários (ativos e inativos) da CELESC e os empregados do quadro próprio da CELOS.

Através da Modernização Operacional, em 1982 os primeiros computadores são instalados na CELOS com o auxílio do Departamento de Processamento de Dados da CELESC. Em 1986, é criado o Plano AMHOR, um plano de assistência médica em convênio com a UNIMED.

A Fundação Celesc de Seguridade Social (CELOS), trata-se do maior Fundo de Pensão de Santa Catarina, instala-se em sede própria, situada na Av. Hercílio Luz, 639 - Edifício Alpha Centauri, no centro de Florianópolis, que administra planos previdenciários e assistenciais para mais de 22.000 (vinte e dois mil) participantes e beneficiários.

Hoje a CELOS conta com um corpo técnico de 67 colaboradores, divididas em nove Divisões (Investimentos, contábil, administrativa-financeira, tecnologia da informação), estas vinculadas a Diretoria Administrativo-financeira, (relacionamento com o participante, assistencial, previdenciária e ouvidoria), vinculadas a Diretoria de

Seguridade, possui um Presidente, possuindo ainda, mais duas Divisões de Controles Internos e Compliance, Controle de Gestão e Planejamento Estratégico e Comitês, todas vinculadas a um Conselho Fiscal e Deliberativo (escolhidos por eleições dos participantes ativos e inativos, além de indicação da Patrocinadora) o Presidente da CELOS é indicado pela patrocinadora. Segue organograma conforme a Figura 4:

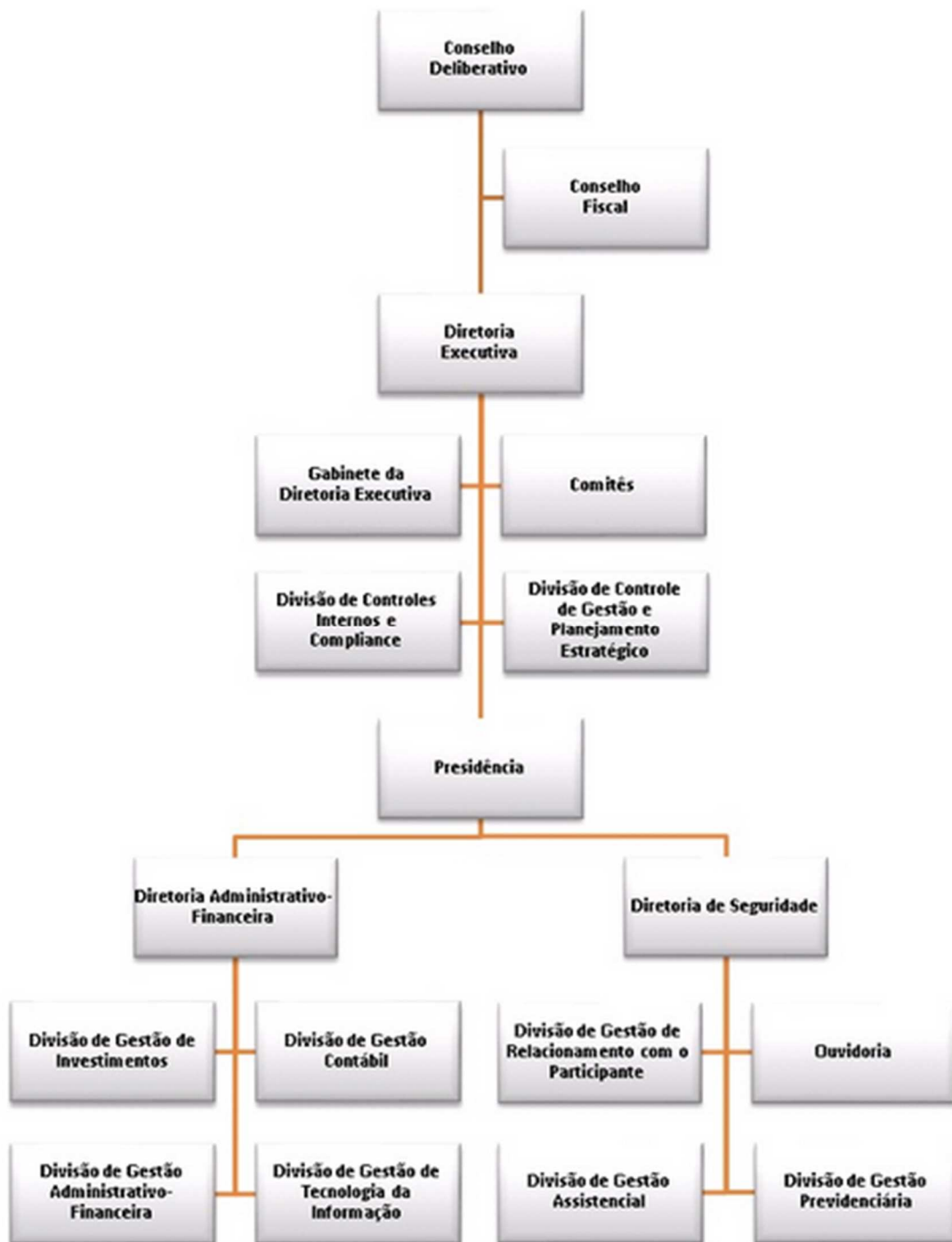


Figura 4 - Organograma CELOS

Fonte: Site Institucional CELOS.

Para assegurar a assistência médica e odontológica dos empregados da Celesc além de seus familiares a Fundação Celesc possui a operadora de Planos de Saúde cadastrada na ANS como Fundação Celesc de Seguridade Social (CELOS), no tipo “Operadora Médico-Hospitalar”, na modalidade Autogestão, através do Registro ANS número 31504-4, com 22.242 (vinte e dois mil, duzentos e quarenta e dois) consumidores ativos (ANS; IDSS, 2014; BASE CADASTRAL, 2013).

Podemos observar o poder social e igualitário dos Planos de Saúde da CELOS, dado que os planos não se diferenciam em categorias de qualidade de atendimento mediante a um pagamento maior na mensalidade. A sua diferenciação ocorre por meio do nível parental do beneficiário com o titular do plano.

Uma prática vista na maioria das OPS, seja qual for a modalidade ocorre, por exemplo, na Fio-Saúde operadora Autogestão de planos da Fundação Osvaldo Cruz, Dias (2004, p. 53) afirma que a Fio-Saúde “dispõe de três tipos de planos: básico, superior e executivo”. Onde cada um, mediante a uma mensalidade maior, apresenta melhores condições e maior abrangência de atendimentos.

A operadora faz a gestão de dois Planos de Saúde para a atenção do contingente mencionado, um é o Plano CELOS Saúde, que beneficia os empregados que ainda estão na ativa, aposentados e pensionistas, intitulados “Titular do plano”. O usuário Titular poderá manter inscrito como Dependentes seu cônjuge ou companheiro legalmente reconhecido, filhos(as) e tutelados(as) solteiros(as) menores de 21 (vinte e um) anos, filhos(as) e tutelados(as) solteiros(as), de qualquer idade, quando acometidos de invalidez permanente ou filhos(as) e tutelados(as) solteiros(as) maiores de 21 (vinte e um) anos e menores de 24 (vinte e quatro) anos, desde que cursando o 3º grau em estabelecimento de ensino superior público ou privado. O outro é o Plano CELOS Saúde Agregados, onde são considerados Agregado filhos(as) e tutelados(as) solteiros(as) que tenham perdido ou não satisfaçam todas as condições de dependência estabelecidas anteriormente, enteado de qualquer condição, desde que solteiros e com até 21 (vinte e um) anos na data da inscrição, netos(as), irmãos(ãs), sobrinhos (as) e menores sob guarda do Titular ou do seu cônjuge desde que solteiros e com até 21 (vinte e um) anos na data da inscrição, mãe e pai do Titular e ex-cônjuge, quando a vinculação se der por força de sentença judicial.

O Plano CELOS Saúde trata-se de um plano mais completo, com cobertura médica, odontológica, sistema de reembolso, além de uma série de procedimentos médicos e odontológicos disponíveis a mais do estabelecido no Rol de Cobertura

Mínima estabelecido pela ANS. Outro fator importante na composição do plano é a paridade contributiva, onde a patrocinadora, Celesc, contribuir para composição do plano o mesmo valor que o empregado. Ex.: se a contribuição mensal do plano for de R\$ 200,00, é descontado R\$ 100,00 do empregado e R\$ 100,00 da patrocinadora, estendendo esse cálculo aos seus beneficiários. Tem direito a paridade, os ativos e inativos que aderiram ao plano até 31/08/2013. Os participantes que ingressaram após essa data, no momento da sua aposentadoria passam a arcar com as duas partes.

A mensalidade é realizada de acordo com a possibilidade estabelecida na Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998), que estabelece a utilização da cobrança de serviços por faixa etária, mas com uma serie de pré-requisitos onde a idade máxima para mudança reajuste por faixa etária é 60 (sessenta) anos e onde a mensalidade da primeira faixa etária não pode ultrapassar 7 (sete) vezes o valor da última. Fator esse realizado para que a mensalidade de quem alcançar a “terceira idade” não seja tão desproporcional para com as outras faixas de idade.

No Plano CELOS Saúde Agregados, a cobertura se restringe ao Rol de Cobertura Mínima Obrigatória da ANS, não possui a cobertura odontológica, tão pouco existe o sistema de reembolso. Na parte da contribuição o valor integral a ser pago, seja pelo Titular do plano ou agregado por meio de boleto bancário ou débito em conta.

Ambos os planos possuem as mesmas características gerais conforme os regulamentos, sendo:

- I. Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;
- II. Segmentação Assistencial: Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica;
- III. Área Geográfica de Abrangência: Estadual;
- IV. Área de Atuação: Estado de Santa Catarina;
- V. Padrão de Acomodação em Internação: Individual;
- VI. Formação do Preço: Pré-estabelecido.

Como forma de diminuir as utilizações de procedimentos desnecessários e de fazer com que o próprio beneficiário viesse a ser um “auditor” e questione também as

solicitações de médicos e dentistas, os planos possuem coparticipações para realização de procedimentos, tais quais seque na Figura 5:

Procedimentos	Coparticipação
Consultas médicas, psico, fono, nutrição	50%
Exames	De 20 a 50%
Atendimentos ambulatoriais	20%
Internação clínica	R\$ 200,00 por evento
Consulta odontológica	25%
Radiologia e outros exames	25%
Periodontia	25%
Endodontia	25%
Dentística	25%
Cirurgia e Implantes	25%
Prótese e Coroas	25%

Figura 5 - Coparticipações Planos CELOS

Fonte: Site Institucional CELOS.

Para dar a cobertura necessária aos seus beneficiários, os planos se utilizam de uma rede credenciada própria, firmada através de contratos diretos com prestadores de serviços, além disso, utiliza-se de convênios com contratação de forma indireta com a UNIMED, para prestação de serviços médicos e hospitalares e com a exceto o plano de agregados com a UNIODONTO, para atendimentos odontológicos.

Os planos, mesmo que sejam caracterizados como estaduais, procuram dar a cobertura médica e odontológica em todo o território nacional, para isso utiliza-se da rede da Unimed/Uniodonto ou através de reembolso, onde o participante realiza o procedimento, faz o pagamento no ato e após encaminha a nota fiscal ou recibo do serviço prestado para que o plano efetue o reembolso.

O reembolso pode ocorrer de duas formas, a primeira é a mais comum onde o beneficiário escolhe algum profissional de sua preferência e encaminha o documento para ressarcimento, tendo o plano que pagar de acordo com o seu valor de tabela. O segundo modo é quando não se encontra o profissional com a especialidade desejada na região de residência, então, solicita ao plano que encontre um profissional e caso não seja encontrado é emitido um protocolo, no qual a Operadora deverá pagar de forma integral o Recibo.

Para a operação de seus sistemas de informação a organização possui uma equipe técnica exclusivamente para operação dos planos de saúde e uma equipe de

TI própria que devem realizar as parametrizações e manutenções dos sistemas a fim de fazer com que o eles funcionem de maneira eficaz, que estejam de acordo com as leis e normas, que efetuem o faturamento dos serviços e que descontem em folha de pagamento ou boleto bancário as mensalidades ou coparticipações dos participantes, quando houver.

Os dados e as informações utilizadas na pesquisa foram retirados da administração desses dois Planos de Saúde e constituem a Operadora de Planos de Saúde que é avaliada no Programa de Qualificação de Operadoras através do IDSS.

Até o momento, é possível verificar como foi criada a CELOS, o organograma da Fundação, além de descrever, como funcionam os planos de saúde geridos pela CELOS e suas especificidades. A seguir, verifica-se como ocorre a composição das responsabilidades, para cada uma das divisões (áreas) da Fundação, consoante ao que determina a ANS.

4.2 COMPOSIÇÃO DO IDSS NA CELOS

A CELOS entrou no programa de qualificação desde o momento que foi criado, além de estar de acordo com as Normas estabelecidas pela ANS, por objetivo agregar valor e sustentabilidade a seus planos de saúde, sem perder a capacidade do atendimento de qualidade para os seus beneficiários.

Para isso, conta com uma equipe técnica de onze pessoas e mais uma gerencia trabalhando exclusivamente com os processos operacionais referentes ao plano de saúde, a Divisão de Gestão Assistencial – DVGS e outra que serve de suporte que é a Divisão de Gestão de Tecnologia da Informação – DVGT, existem outras que também dão suporte como a Divisão de Relacionamento com o Participante – DVGR, para atendimento aos participantes, assim como a Divisão de Gestão Contábil - DVGC, que faz a contabilidade dos planos.

Podemos afirmar que todas essas áreas estão de alguma forma, conectadas ao resultado do IDSS pela CELOS, pelo motivo de que a DVGR vem a absorver normalmente as primeiras reclamações dos participantes, buscando dar o atendimento necessário para que a mesma não seja encaminhada para a ANS. Da mesma forma, a DVGC tem a importância de fazer os balanços contábeis e

disponibilizar a DVGS as informações contábeis para que sejam encaminhadas para a ANS.

Porém hoje as duas áreas que são responsáveis pelo IDSS são a DVGT e a DVGS, a última, até por se tratar da Operadora, é quem possui a maior parcela de responsabilidade sobre o tema.

Para dar assistência às demandas e ter uma assessoria Jurídica quanto aos novos temas oriundos da ANS, a CELOS contratou uma empresa de consultoria. A empresa foi contratada no ano de 2009 e presta atendimento a todo tipo de nova demanda encaminhada pela ANS, inclusive uma das responsabilidades da empresa contratada é dar suporte para a CELOS no que diz respeito ao IDSS. Para isso, a empresa aguarda a ANS fazer a publicação parcial da pontuação obtida pela fundação, coleta as mesmas informações encaminhadas para a ANS, importa-os para um sistema validador e faz os apontamentos necessários, conforme documento apresentado no Anexo 1.

De um lado aponta os dados que podem estar inconsistentes encaminhados pela Fundação e de outro verifica se a ANS fez os cálculos corretos, de acordo com a Ficha Técnica dos Indicadores. Quando a CELOS solicita algum questionamento para a ANS de revisão de cálculo do IDSS, é encaminhado um ofício ou e-mail que passa pelo aval da consultoria antes de ir para a ANS.

No próximo tópico, será demonstrado como ocorre o envio de informações da Fundação à ANS, informando os prazos, recorrências de envio para cada um dos Sistemas. Ademais, cada um dos sistemas de envio, será correlacionado com as dimensões que compõe o IDSS.

4.2.1 Envio de Dados para a ANS

O envio dos dados para a ANS ocorre através de 5 (cinco) sistemas de informações, no qual, a CELOS é a responsável por alimentar e parametrizar esses sistemas de acordo com o que é estabelecido pela ANS, e conforme um calendário pré-estabelecido anualmente. De acordo com o estabelecido devem ser entregues as informações constantes em cinco diferentes sistemas com arquivos, bases de dados e prazos estabelecidos. Conforme demonstrado no Quadro 7.

Fonte	Descrição	Calendário
I – Sistema de Informação de Beneficiários – SIB	Sistema do cadastro do número de beneficiários dentro e fora dos períodos de carência;	dados mensais, de janeiro a dezembro;
II - Sistema de Informações de Produtos – SIP	Sistema de informação das utilizações médicas e odontológicas no período;	dados trimestrais, das competências do primeiro ao quarto trimestre;
III - Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS	Documentos contábeis e financeiros;	dados trimestrais, das competências do primeiro ao quarto trimestre;
V - Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS	Dados referentes a: a) características e à situação dos produtos; b) dados de rede credenciada;	Único envio com informações de todo o período.
VI - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES -	Informação do número do CNES dos prestadores de serviço;	Único envio com informações de todo o período.

Quadro 7 - Sistemas de envio para ANS

Fonte: Elaborado pelo Autor.

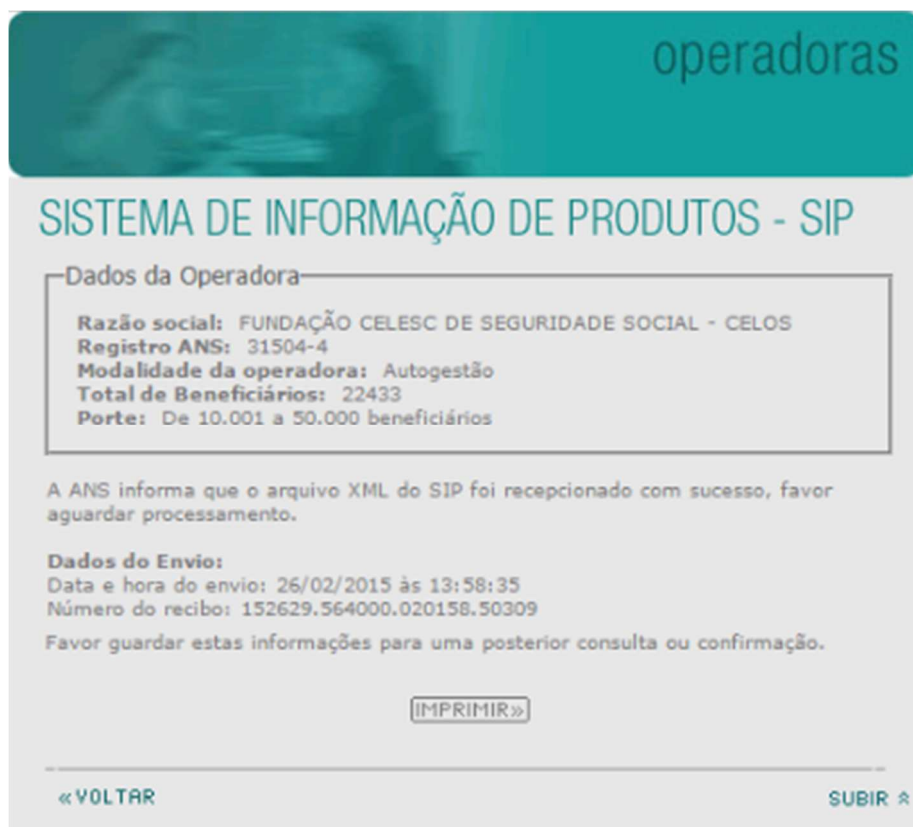
Para melhor compreensão da aplicação de cada um dos sistemas, pode-se fazer a breve distinção para cada uma das dimensões do IDSS, onde, é possível demonstrar em quais dimensões cada sistema irá impactar:

- **Dimensão de Atenção à Saúde:** A Dimensão da atenção à Saúde é composta por um conjunto de indicadores, definidos a partir de linhas de cuidado em saúde, que avaliará a qualidade da assistência à saúde prestada aos beneficiários. Determinado pelo cruzamento do SIP, SIB e DIOPS;
- **Econômico Financeiro:** Consiste na avaliação da situação econômico-financeira da operadora frente à manutenção dos contratos assinados de acordo com a legislação vigente de acordo com os seguintes itens: Ativos Garantidores, Provisões Técnicas – PEONA, Relatório de Auditoria, Prazo de Entrega e Qualidade das Informações. Possuindo como fonte de DADOS: Fluxo de Caixa Mensal, DIOPS, Contabilidade;
- **Estrutura e Operação:** Consiste basicamente na forma de operação da Operadora de Saúde, sua rede de prestadores de serviços, dimensionamento dessa rede e dispersão dos serviços. Avalia-se a quantidade de prestadores, por exemplo, para o atendimento de serviços básicos a saúde, e também avalia a qualidade das informações repassadas a ANS. Assim, essa dimensão verifica a disponibilidade de procedimentos e serviços básicos de saúde encontrada na área prevista para

cobertura assistencial, definida nos planos das operadoras. Base de dados: RPS, SIB e CNES;

- **Satisfação do Beneficiário:** Essa dimensão é medida pelo grau de Fidelidade dos beneficiários ao plano, ou seja, ele calcula de maneira simples a proporção de permanência e desistências do plano em um dado período de tempo. Fonte de dados SIB, índices de reclamação junto ANS e processos jurídicos.

Para cada envio de informações da CELOS para a ANS é fornecido um recibo de entrega do arquivo, a Fundação pode encaminhar quantos arquivos considerar necessário, o qual se sobrepõe sobre o anterior, até a data limite estabelecida no calendário. A Figura 6 ilustra o recibo de recebimento da ANS do SIP.



operadoras

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE PRODUTOS - SIP

Dados da Operadora

Razão social:	FUNDAÇÃO CELESC DE SEGURIDADE SOCIAL - CELOS
Registro ANS:	31504-4
Modalidade da operadora:	Autogestão
Total de Beneficiários:	22433
Porte:	De 10.001 a 50.000 beneficiários

A ANS informa que o arquivo XML do SIP foi recepcionado com sucesso, favor aguardar processamento.

Dados do Envio:
 Data e hora do envio: 26/02/2015 às 13:58:35
 Número do recibo: 152629.564000.020158.50309

Favor guardar estas informações para uma posterior consulta ou confirmação.

[IMPRIMIR»](#)

[« VOLTAR](#) [SUBIR ↗](#)

Figura 6 - Recibo SIP CELOS

Fonte: Diretório T:/Sab/CELOS.

O recibo, depois de recebido, é salvo em uma pasta pessoal em diretório interno da CELOS, porém, esta rotina foi realizada por um profissional responsável no último ano, não sendo está uma pratica institucionalizada pela CELOS, assim os recibos dos diferentes tipos de envios de informações estão em salvos em diferentes pastas. Se

Através da consulta do sistema de SIP da CELOS, foi constatado que somente na parte odontológica 175 (cento e setenta e cinco) componentes estavam cadastrados de forma equivocada. Comparando o parâmetro da tabela disponibilizada pela ANS, verificou-se que existiam alguns parâmetros com códigos de serviços a mais em seu grupo, outros que possuíam itens a menos, além de serviços cadastrados em grupos errados. Pode se perceber, também, itens pertencentes à tabela antiga de serviço, os quais não devem aparecer no sistema em questão, sugere-se que estes, sejam encaminhados para uma nova tela de cadastro “histórico”.

O Anexo dois demonstra o detalhamento de todos os parâmetros odontológicos realocados nos seus grupos de forma correta, vale-se ressaltar que ainda é necessária uma parametrização dos grupos da parte médica.

É importante ressaltar que estes ajustes terão impacto real na avaliação da Dimensão de Atenção à Saúde, ou seja, no IDAS, pois o cálculo dos indicadores é realizado por meio da captura de dados dos “Grupos SIP ANS”, onde os dados são capturados de um serviço ou grupo e divididos por outro para o cálculo de alguns dos índices. Nesse contexto, índices como “Aplicação Tópica de Flúor”, “Taxa de Raspagem Supragengival” e “Número de consultas médicas ambulatoriais selecionadas por beneficiário com 60 anos ou mais”, foram agrupados agora conforme estabelece a ANS e pode-se verificar que a utilização dos serviços cadastrados para os grupos é bem maior dos que estavam informadas de forma equivocada anteriormente. No próximo momento, faremos a análise do segundo sistema de envio de informações obrigatórias da ANS, o qual faz referência ao cadastro de usuários dos planos de saúde da CELOS. Será demonstrado também, em quais dimensões de avaliação do IDSS ele causa impacto.

4.2.3 Análise do Envio SIB

O Sistema de Informação de Beneficiários - SIB tem por objetivo encaminhar à ANS, de forma mensal, os beneficiários cadastrados na CELOS e seus respectivos períodos de carência. Ao fazer a adesão ao plano, no caso de o participante ter mais de trinta dias de empresa ou de um beneficiário ter mais de trinta dias de vida, ele

entra no chamado período de carência, no qual, em alguns procedimentos é necessário se cumprir um prazo para utilização.

Esse sistema, por mais que seja simples, é muito importante, pois é utilizado na avaliação do IDSS em três, das quatro dimensões. No cálculo da Dimensão de Atenção à Saúde (IDAS), ele é utilizado como denominador da quantidade de utilização de serviços, na relação com o número de beneficiários fora do período de carência. Para essa dimensão, não foi identificada nenhuma inconsistência, as informações encaminhadas estão de acordo com o estabelecido para fins de cálculo.

Por sua vez, para a Dimensão de Estrutura e Operação (IDEO), ele é utilizado como numerador na composição do cálculo do número mínimo de prestadores de serviço para cada uma das regiões de abrangência do plano. Nessa mesma dimensão, também é verificada a qualidade das informações cadastrais dos beneficiários. Contudo, a qualidade cadastral dos beneficiários, traz a menor pontuação da dimensão, pelo motivo identificado da falta de beneficiários com CPF cadastrados e pela falta da informação da numeração do Cartão Nacional de Saúde – CNS, o qual passou a ser item obrigatório para todos os beneficiários com planos de saúde ativos. Para isso, está em processo uma grande campanha para que todos os beneficiários informem a numeração do seu cartão, caso não possua, deve se dirigir a um posto de saúde e realizar o mesmo. É recomendado que os usuários sem o cadastro completo sejam contatados pela CELOS de forma individual, por meio de carta, e-mail ou telefone, com o objetivo de atualizar seu cadastro dentro de um prazo determinado.

Na Dimensão da Satisfação dos Beneficiários (IDSB), o SIB tem o papel de mensurar o índice de permanência dos beneficiários dentro do período de um ano, a contar da data de ingresso no plano. Como podemos verificar nos movimentos históricos o índice apresenta um índice aproximado de 3% na desistência no primeiro ano. Deve se estudar cada uma dessas desistências para apurar o real motivo da desvinculação do plano por parte dos beneficiários.

4.2.4 Análise Envio DIOPS

De todos os sistemas de envio de informação o que apresenta os melhores resultados é o DIOPS, é dele que são extraídos os dados para a composição dos

indicadores da Dimensão Econômico-financeira (IDEF), onde pode-se apontar que de acordo com os dados históricos encaminhados somente o indicador “patrimônio líquido por faturamento” apresenta um valor abaixo da pontuação máxima, e conforme a ficha de indicadores técnicas apresentada para o período subsequente ele não será mais utilizado. Tão logo, pode-se apontar que esse sistema de envio vem sendo realizado dentro dos prazos estipulados e em sua plenitude, uma vez que para sua operação mensal a organização não consegue um valor maior de patrimônio líquido por faturamento mensal.

4.2.5 Análise RPS e CNES

Os sistemas de envio do RPS e CNES são encaminhados uma vez ao ano e buscam realizar os cadastros da rede de prestadores de serviço das operadoras.

O primeiro faz o registro do produto, ou seja, é onde o Plano de Saúde é cadastrado com todas as informações de abrangência, características do plano e todas as informações da rede de prestadores. No segundo momento deve manter atualizada as informações de sua rede, sempre adicionando os prestadores que são credenciados e excluindo os prestadores que não fazem mais parte da rede.

Já o CNES representa uma numeração da mesma forma que o CPF ou o próprio CNS para o cidadão ou beneficiário, porém, para informar um código dos prestadores de serviço. A operadora segregar os prestadores por especialidade de atuação, a fim de se ter a disponibilidade de vários tipos de estabelecimento de saúde em uma mesma região, contemplando assim uma rede completa de atenção à saúde de acordo com a proporção estabelecida pela ANS.

Nesse âmbito está sendo realizada a ampliação da Rede da CELOS, através de uma política de contratação de novos prestadores levando em consideração as exigências e carências da ANS para cada uma das regiões não atendidas em plenitude. Ao passo que para uma melhor informação do CNES, nos movimentos mensais, quando identificado um prestador de serviço sem a informação vinculada deve-se pesquisar pela numeração no site do “Datasus”, com a finalidade de alimentar o sistema da CELOS. A próxima abordagem será realizar a análise da pontuação histórica obtida pela CELOS de 2008 a 2013.

4.2.6 Análise da Pontuação Histórica IDSS

A divulgação do IDSS começou a ser realizada no ano de 2008, podemos verificar no documento disponibilizado pela ANS que entre 2008 e 2009, a pontuação referente ao ano, era realizada a publicação sem distinguir as dimensões e por faixas de valores, de zero a 0,19; 0,20 a 0,39; 0,40 a 0,59; 0,60 a 0,79 e 0,80 a 1. Nesses dois anos a CELOS ficou com a pontuação na faixa entre 0,20 a 0,39. Conforme disposto no Quadro 8.

2008	2009
IDSS	IDSS
0,20 a 0,39	0,20 a 0,39

Quadro 8 - Pontuação por faixas 2008 e 2009

Fonte: Adaptado de ANS (IDSS – Anos Anteriores)

A partir de 2010 a publicação ganhou corpo e começou a contemplar as dimensões de Atenção à Saúde, Econômico Financeiro, Estrutura e Operação e Satisfação dos Beneficiários, porém, continuou utilizando a metodologia avaliação por faixas. Como podemos observar no Quadro 9.

2010				
IDSS	IDAS	IDEO	IDEF	IDSB
0,60 a 0,79	0,60 a 0,79	0,40 a 0,59	0,60 a 0,79	0,80 a 1,00

Quadro 9 - Pontuação por faixas 2010

Fonte: Adaptado de ANS (2015).

Em 2011, a ANS iniciou a publicação das dimensões e cálculo por uma numeração que não utiliza mais a classificação por faixa, remetendo a possibilidade da consideração de um valor específico, para cada uma das dimensões e avaliação final. Isso trouxe a diferenciação da pontuação por Operadora, dado que com a utilização das faixas, muitas se encontravam classificadas com o mesmo valor, de maneira que na nova composição, a comparação entre elas pudesse ser mais contundente. A seguir será verificada a pontuação do ano base 2011, conforme se pode observar no Quadro 10.

IDSS ANO BASE 2011	
DIMENSÃO	
Atenção à Saúde	0,67914
Índice de sessões de quimioterapia sistêmica por consulta médica	zero
Número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário	-
Número de consultas médicas ambulatoriais selecionadas por beneficiário com 60 anos ou mais	
Número de consultas odontológicas iniciais por beneficiário	
Proporção de consulta médica em pronto socorro	
Proporção de próteses odontológicas unitárias	
Taxa de aplicação tópica profissional de flúor	0,0018
Taxa de citopatologia cérvico-vaginal oncológica	
Taxa de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído	
Taxa de exodontia de permanente	
Taxa de internação hospitalar	
Taxa de mamografia	
Taxa de raspagem supra-gengival	0,009
Taxa de selante	0,3821
DIMENSÃO	
Econômico-Financeiro	0,91701
Enquadramento em Garantias Financeiras	
Liquidez corrente	
Patrimônio líquido por faturamento	
Prazo Médio de Pagamento de Eventos	
Suficiência em ativos garantidores vinculados	
DIMENSÃO	
Estrutura e Operação	0,5085
Dispersão da rede assistencial hospitalar	
Dispersão de procedimentos e serviços básicos de saúde	
Dispersão de serviços de urgência e emergência vinte e quatro horas	
Índice de regularidade de envio dos sistemas de informação	
Percentual de qualidade cadastral	
DIMENSÃO	
Satisfação dos Beneficiários	0,90063
Índice de reclamações	
Proporção de beneficiários com desistência no primeiro ano	
Proporção de permanência dos beneficiários	
Sanção pecuniária em primeira instância	
IDSS DA OPERADORA	0,73688

Quadro 103 - IDSS ano base 2011

Fonte: Adaptado de ANS (2015).

Após a publicação de 2011, foi realizado um Plano de Ação para a correção de alguns itens mensurados com a pontuação irrisória. Porém, não houve um acompanhamento contínuo para verificar se as ações esperadas foram realmente corrigidas e, por conseguinte, a melhora na pontuação do ano subsequente.

Na verificação do ano de 2011, em pesquisa aos registros arquivados na empresa, não foi possível a identificação de cada um dos indicadores. Pode-se perceber assim, a falta de um controle dos registros históricos para uma melhor análise, além da construção de comparação entre os anos, com o objetivo de identificar causa e efeito, por tipo de procedimento mensurado.

Os indicadores de Satisfação dos Beneficiários e Econômico-Financeiro apresentaram bons resultados, com a pontuação acima de 0,9, porém, Estrutura e Operação e Atenção à Saúde obtiveram índices muito aquém do potencial da empresa. A seguir será verificado no Quadro 11 a pontuação do ano base 2012.

IDSS ANO BASE 2012	
DIMENSÃO	
Atenção à Saúde	0,7556
Índice de sessões de quimioterapia sistêmica por consulta médica	1
Número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário	1
Número de consultas médicas ambulatoriais selecionadas por beneficiário com 60 anos ou mais	0,0064
Número de consultas odontológicas iniciais por beneficiário	1
Proporção de consulta médica em pronto socorro	1
Proporção de próteses odontológicas unitárias	1
Taxa de aplicação tópica profissional de flúor	0,0041
Taxa de citopatologia cérvico-vaginal oncológica	1
Taxa de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído	1
Taxa de exodontia de permanente	1
Taxa de internação hospitalar	1
Taxa de mamografia	1
Taxa de raspagem supra-gengival	0,301
Taxa de selante	0,5173
DIMENSÃO	
Econômico-Financeiro	0,9012
Enquadramento em Garantias Financeiras	1
Liquidez corrente	1
Patrimônio líquido por faturamento	0,3084
Prazo Médio de Pagamento de Eventos	1
Suficiência em ativos garantidores vinculados	1
DIMENSÃO	
Estrutura e Operação	0,5811
Dispersão da rede assistencial hospitalar	0,1007
Dispersão de procedimentos e serviços básicos de saúde	0,1851
Dispersão de serviços de urgência e emergência vinte e quatro horas	0,125
Índice de regularidade de envio dos sistemas de informação	0,9166
Percentual de qualidade cadastral	0,6897
DIMENSÃO	
Satisfação dos Beneficiários	0,9026
Índice de reclamações	0,8316
Proporção de beneficiários com desistência no primeiro ano	0,9748
Proporção de permanência dos beneficiários	0,9464
Sanção pecuniária em primeira instância	1
IDSS da Operadora	0,7792

Quadro 11 - IDSS ano base 2012

Fonte: Adaptado de ANS (2015).

No ano base 2012 já é possível identificar todos os indicadores avaliados, em comparação com o ano anterior, conseguimos observar que a Dimensão de Atenção à Saúde - IDAS, teve um aumento de quase um ponto, um aumento considerável, porém ainda abaixo do recomendado. A análise fica comprometida uma vez que não há o detalhamento dos indicadores do ano anterior, mas já se pode observar que

existem vários itens com a pontuação máxima enquanto que outros com ela quase zerada, tais quais: “Número de consultas médicas ambulatoriais selecionadas por beneficiário com 60 anos ou mais”, “Taxa de aplicação tópica profissional de flúor”, “Taxa de raspagem supra-gengival” e “Taxa de selante”. Isso indica a possibilidade de existir um erro na parametrização dos sistemas, pois a utilização desses serviços foi de um valor considerável no período, de acordo com os sistemas internos.

A Dimensão Econômico-Financeira - IDEF ficou praticamente com a mesma pontuação do ano anterior, agora, com o detalhamento é possível identificar que o que faz diminuir a nota é somente um dos itens avaliados, o “Patrimônio líquido por faturamento”.

Já a Estrutura e Operação - IDEO, obteve um aumento de aproximadamente 0,08 pontos, porém, demonstra que somente um dos itens possui uma avaliação boa “Índice de regularidade de envio dos sistemas de informação”, este que avalia se a empresa encaminhou os arquivos dentro do prazo estipulado, tão logo, este deveria ser um item que deveria ter a pontuação máxima, pois ele depende da organização cumprir seu papel ante os prazos pré-determinados e segundo registros do período, o arquivo do DIOPS, foi encaminhado fora do prazo estabelecido. Percebe-se assim, que a empresa está muito aquém do que espera a ANS na dispersão da sua rede de prestadores, assim como a qualidade cadastral de suas informações.

Os indicadores da Dimensão de Satisfação dos beneficiários - IDSB, já são mais homogêneos, e foram os que obtiveram o melhor resultado dentre todos os outros. O Quadro 12 apresentará o ano base 2013.

Quadro 124 - IDSS ano base 2013 (Continua)

IDSS ANO BASE 2013	
DIMENSÃO PONTUAÇÃO	
Atenção à Saúde	0,7756
Índice de sessões de quimioterapia sistêmica por consulta médica	1
Número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário	1
Número de consultas médicas ambulatoriais selecionadas por beneficiário com 60 anos ou mais	0,0018
Número de consultas odontológicas iniciais por beneficiário	1
Proporção de consulta médica em pronto socorro	1
Proporção de próteses odontológicas unitárias	1
Taxa de aplicação tópica profissional de flúor	0,0013
Taxa de citopatologia cérvico-vaginal oncológica	1
Taxa de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído	1
Taxa de exodontia de permanente	1
Taxa de internação hospitalar	1
Taxa de mamografia	1
Taxa de raspagem supra-gengival	0,3851
Taxa de selante	-

DIMENSÃO PONTUAÇÃO	
Econômico-Financeiro	0,909
Enquadramento em Garantias Financeiras	1
Liquidez corrente	1
Patrimônio líquido por faturamento	0,3632
Prazo Médio de Pagamento de Eventos	1
Suficiência em ativos garantidores vinculados	1
DIMENSÃO PONTUAÇÃO	
Estrutura e Operação	0,8818
Dispersão da rede assistencial hospitalar	0,9366
Dispersão de procedimentos e serviços básicos de saúde	0,8793
Dispersão de serviços de urgência e emergência vinte e quatro horas	0,9239
Índice de regularidade de envio dos sistemas de informação	1
Percentual de qualidade cadastral	0,7321
DIMENSÃO PONTUAÇÃO	
Satisfação dos Beneficiários	0,8726
Índice de reclamações	0,7973
Proporção de beneficiários com desistência no primeiro ano	0,9713
Proporção de permanência dos beneficiários	-
Sanção pecuniária em primeira instância	1
IDSS da Operadora	0,8429

Quadro 12 - IDSS ano base 2013 (Conclusão)

Fonte: Adaptado de ANS (2015).

O resultado do índice geral, que aborda todos os indicadores, em 2013 obteve uma melhora substancial, aumentando 0,07 pontos no resultado final, totalmente ligado à melhora da Dimensão de Estrutura e Operação que teve uma melhora de 0,3 pontos.

O IDAS também teve uma melhora no seu resultado, mas ele ocorre pelo motivo do indicador de “Taxa de Selante”, a qual existia uma pontuação mediana, não ser mais computada a partir do ano de 2013. Verifica-se que nenhum dos outros indicadores teve alguma melhora. O IDEF de mesmo modo que o anterior, teve uma leve melhora no “Patrimônio líquido por faturamento”, mas praticamente inalterando seu mesmo patamar de resultado.

A maior relevância de resultado é verificada no IDEO, onde todos os indicadores obtiveram melhora significativas na sua pontuação. Os indicadores da dispersão da rede e de serviços prestados aumentaram por volta de 0,8 pontos, em decorrência principalmente da realização do cadastro junto a ANS da rede de prestadores de serviços indireta, ou seja, os prestadores de serviços ofertados pela Rede da UNIMED foram cadastrados e encaminhados, juntamente no arquivo. Salienta-se, também, a pontuação total no envio de informações dentro dos prazos estabelecidos e a melhora nos dados cadastrais.

A Dimensão IDSB teve sua pontuação diminuída no período analisado por dois motivos destacáveis: o aumento na recorrência de reclamações, o qual faz a nota do indicador diminuir; e a exclusão do indicador de “Proporção de permanência dos beneficiários”, assim, o indicador não é mais computado para fins do cálculo, o que leva ao insucesso da primeira pesar mais na pontuação final. A seguir, o Quadro 13 apresenta todas as pontuações nos três anos analisados.

ANO	2011	2012	2013
Dimensão Pontuação			
Atenção à Saúde	0,67914	0,7556	0,7756
Índice de sessões de quimioterapia sistêmica por consulta médica	0	1	1
Número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário	-	1	1
Número de consultas médicas ambulatoriais selecionadas por beneficiário com 60 anos ou mais		0,0064	0,0018
Número de consultas odontológicas iniciais por beneficiário		1	1
Proporção de consulta médica em pronto socorro		1	1
Proporção de próteses odontológicas unitárias		1	1
Taxa de aplicação tópica profissional de flúor	0,0018	0,0041	0,0013
Taxa de citopatologia cérvico-vaginal oncológica		1	1
Taxa de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído		1	1
Taxa de exodontia de permanente		1	1
Taxa de internação hospitalar		1	1
Taxa de mamografia		1	1
Taxa de raspagem supra-gengival	0,009	0,301	0,3851
Taxa de selante	0,3821	0,5173	-
Dimensão Pontuação			
Econômico-Financeiro	0,91701	0,9012	0,909
Enquadramento em Garantias Financeiras 1,0000		1	1
Liquidez corrente 1,0000		1	1
Patrimônio líquido por faturamento		0,3084	0,3632
Prazo Médio de Pagamento de Eventos 1,0000		1	1
Suficiência em ativos garantidores vinculados 1,0000		1	1
Dimensão Pontuação			
Estrutura e Operação	0,5085	0,5811	0,8818
Dispersão da rede assistencial hospitalar		0,1007	0,9366
Dispersão de procedimentos e serviços básicos de saúde		0,1851	0,8793
Dispersão de serviços de urgência e emergência vinte e quatro horas		0,125	0,9239
Índice de regularidade de envio dos sistemas de informação		0,9166	1
Percentual de qualidade cadastral		0,6897	0,7321
Dimensão Pontuação			
Satisfação dos Beneficiários	0,90063	0,9026	0,8726
Índice de reclamações		0,8316	0,7973
Proporção de beneficiários com desistência no primeiro ano		0,9748	0,9713
Proporção de permanência dos beneficiários		0,9464	-
Sanção pecuniária em primeira instância		1	1
IDSS da Operadora	0,73688	0,7792	0,8429

Quadro 13 - IDSS comparação anos anteriores

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Na análise sequencial observada, é possível identificar que a cada ano existe uma melhora na pontuação obtida: em 2009, a faixa de pontuação era abaixo do 0,4 pontos, no ano seguinte, a pontuação ficou na faixa de 0,70 pontos, em 2011 que foi para quase 0,74, já em 2012 aumentou 0,04, ao ponto que 2013, apresenta a melhora de mais de 0,07 pontos. Conclui-se com esta observação que a Fundação opera em uma sequência de melhora contínua.

Porém, é possível constatar que existem muitos itens continuam com a pontuação muito abaixo do esperado em comparação ao porte da empresa, principalmente hoje, no que tange a avaliação do IDAS.

O aumento no índice de 2012 para 2013 no IDEO, onde as pontuações de alguns indicadores passaram de menos de 0,2 pontos, para mais de 0,9, ocorreu com a verificação e o ajuste no envio do sistema RPS, com a real dimensão da rede de prestadores que os planos CELOS Saúde e CELOS Saúde Agregados disponibilizam aos seus usuários. Feitas as análises, o próximo tópico abordará as conclusões parciais da pesquisa.

4.3 CONSLUSÕES PARCIAIS

Devido às análises realizadas até o presente momento, oportunizou-se a conclusão de mais uma etapa do estudo, com a resposta para o objetivo específico de analisar o processo de construção das dimensões do IDSS na CELOS e de forma parcial a realização de melhorias no envio dos sistemas, devido à correção da parametrização.

Ao ponto que, a partir da análise da pontuação histórica obtida pela Fundação, foi possível concluir o objetivo específico de proceder ao resgate das dimensões do IDSS alcançadas na CELOS, o que oportunizou verificar de forma individual quais indicadores apresentam índices abaixo do esperado nos anos analisados. A próxima etapa irá fazer proposições de adoção de novas rotinas de trabalho a fim de proceder à concepção da melhoria contínua.

5 PROPOSTA DE NOVO PROCEDIMENTO

Neste momento apresenta-se uma proposta para a Fundação CELOS, a fim de aprimorar sua gestão informacional e parametrizar seus sistemas, de acordo com o que a ANS sugere. Ademais, a busca por uma melhor pontuação no IDSS pela CELOS possibilitará demonstrar aos seus beneficiários, que os seus planos de saúde possuem índices de qualidade reconhecidos nacionalmente.

5.1 PROPOSIÇÃO SISTEMA IDSS CELOS

Conforme demonstrado, não existe um sistema de acompanhamento desenhado e institucionalizado pela CELOS no que se refere ao acompanhamento do IDSS. Por mais que exista uma empresa de consultoria especializada no assunto, ela encontra-se limitada a passar as informações para CELOS, acerca dos dados considerados inconsistentes e propor recomendações a *posteriori*.

As informações são encaminhadas por e-mail e/ou salvas em diretórios não específicos, dependendo da pessoa que faz o encaminhamento no momento cada informação é arquivada em um ambiente diferente, recibos de entregas de arquivos como SIP, SIB, DIOPS, etc. emitidos pela ANS possuem diferentes destinos de armazenamento. Tal prática traz dificuldade para a CELOS fazer o controle de quando e se realmente os arquivos foram encaminhados e da forma correta.

A proposta é redimensionar o sistema, possibilitando que as informações sejam armazenadas em um mesmo ambiente, ambiente este em que as pessoas o acessem por meio de login e se registrem, além da criação de *logs* nas telas do sistema para identificar datas de acessos e registros de forma individualizada. Outra atribuição para o sistema é realizar a carga do calendário ANS para geração de “alertas”, com datas anteriores pré-definidas, encaminhadas para o corpo técnico responsável por essas atribuições, gerentes e diretores.

Concomitantemente é sugerida a realização de reuniões periódicas acerca do tema em dois momentos já determinados, quais sejam: após a publicação das fichas de indicadores técnicos; após a publicação parcial dos resultados. Caso ocorram mudanças no meio do caminho ou dada à necessidade são sugeridas reuniões extraordinárias. A reunião inicial deverá elaborar objetivos e metas de acordo com as

mudanças ocorridas nos índices. A final deverá verificar se os objetivos foram traçados e elaborar as respostas para ANS caso necessário, a fim de melhorar a pontuação para a elaboração de um documento final.

O sistema teria, por conseguinte, o objetivo de monitorar todo o processo do IDSS, desde o momento da publicação da “Ficha dos Indicadores Técnicos”, passando pela publicação parcial da ANS, análise e correções de acordo com o documento encaminhado pela Consultoria, até a verificação da pontuação final. No que tange o armazenamento do novo sistema devem estar os seguintes documentos:

- Carga dos da “Ficha de Indicadores Técnicos”;
- Carga do documento de novos Indicadores Técnicos elaborados pela consultoria;
- Carga de ATA das reuniões sobre IDSS;
- Carga dos recibos de entrega de arquivos para ANS;
- Carga da publicação parcial de pontuação da ANS;
- Carga do relatório da consultoria sobre as pontuações;
- Carga da publicação final de pontuação da ANS;

De acordo com o mencionado acima o sistema deverá contar com as seguintes características e organização, demonstrado do Quadro 14:

Fichas de Indicadores Técnicos	Consultoria	Reuniões	Recibos	Pontuação IDSS
Ano 1	Relatório Indicadores Técnicos	Reuniões Iniciais	Recibos SIB	Pontuações Parciais
Ano 2	Relatório Pontuação Parcial	Reuniões Finais	Recibos SIP	Pontuações Finais
Ano 3			Recibos DIOPS	
...			Recibos SIF	
			Recibos RPS	
			Recibos CNES	

Quadro 145 - Estrutura Sistema IDSS/CELOS

Fonte: Elaborada pelo Autor.

A criação do Sistema IDSS/CELOS, se torna viável uma vez que a Fundação possui uma empresa de TI própria e, de acordo com o estabelecido nos objetivos setoriais em 2015, o IDSS é um dos temas apontados. Por isso, a melhoria contínua do índice é um dos itens que podem ser implementados. Isso fará com que, as horas

necessárias para a criação do sistema, já estejam custeadas com alinhamento do projeto de acordo com os objetivos do período. O próximo passo será a apresentação da proposição de um novo fluxograma, com o objetivo de passar os sistemas por uma validação antes do encaminhamento à ANS.

5.2 DEFINIÇÃO DE UM NOVO FLUXOGRAMA

No fluxograma atual identificado na operação da CELOS, pode-se observar que o participante é inscrito no plano e faz os atendimentos com os prestadores de serviço. Após, a documentação é encaminhada a CELOS, que procede ao registro dos arquivos e encaminha para a ANS. No final do processo, a consultoria contratada pela empresa, captura esses dados e passa por um sistema validador de dados, simulando as informações encaminhadas e procurando gerar um relatório que indique o motivo das notas alcançadas em cada indicador. A Figura 8 demonstra o fluxo atual.

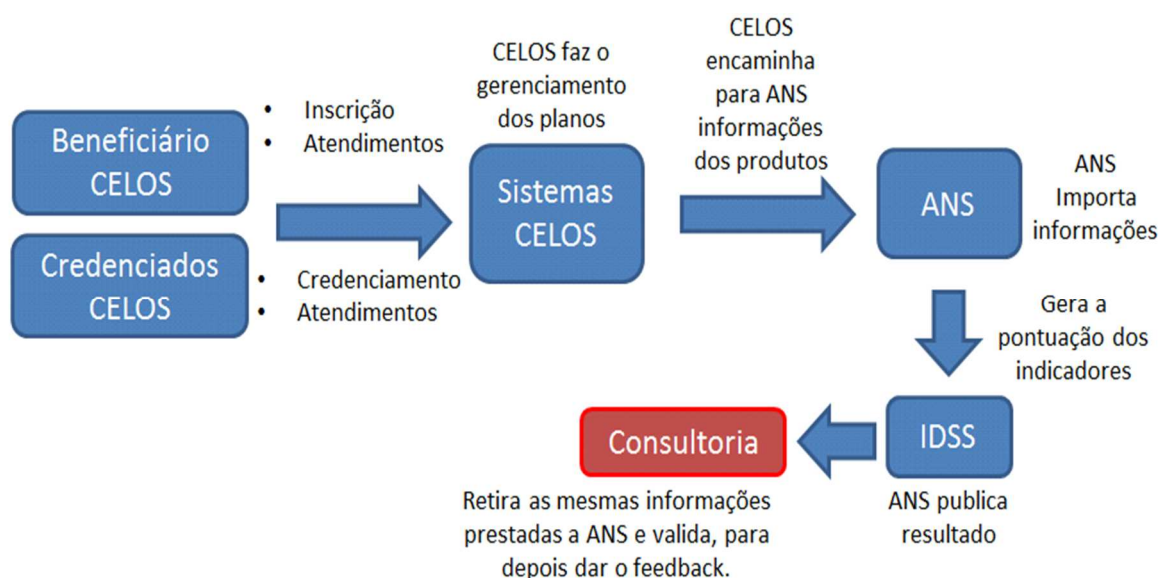


Figura 8 - Mapeamento fluxograma atual

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Como a consultoria faz a validação dos dados somente ao final do processo, ponto que, a CELOS já não possui condições de recorrer ou encaminhar novamente um arquivo, identificando algum dado insuficiente, não é possível dentro do período, buscar uma melhor pontuação.

Portanto é sugerida, conforme a Figura 9, a utilização de um novo fluxo de informações no entre a CELOS, a consultoria contratada e a ANS, onde a consultoria se tornaria uma peça atuante nas ações preventivas, onde, sempre antes do último prazo de envio para a ANS, os dados sejam repassados a consultoria, que submeterá as informações ao validador e verificará o potencial impacto destas com o IDSS.

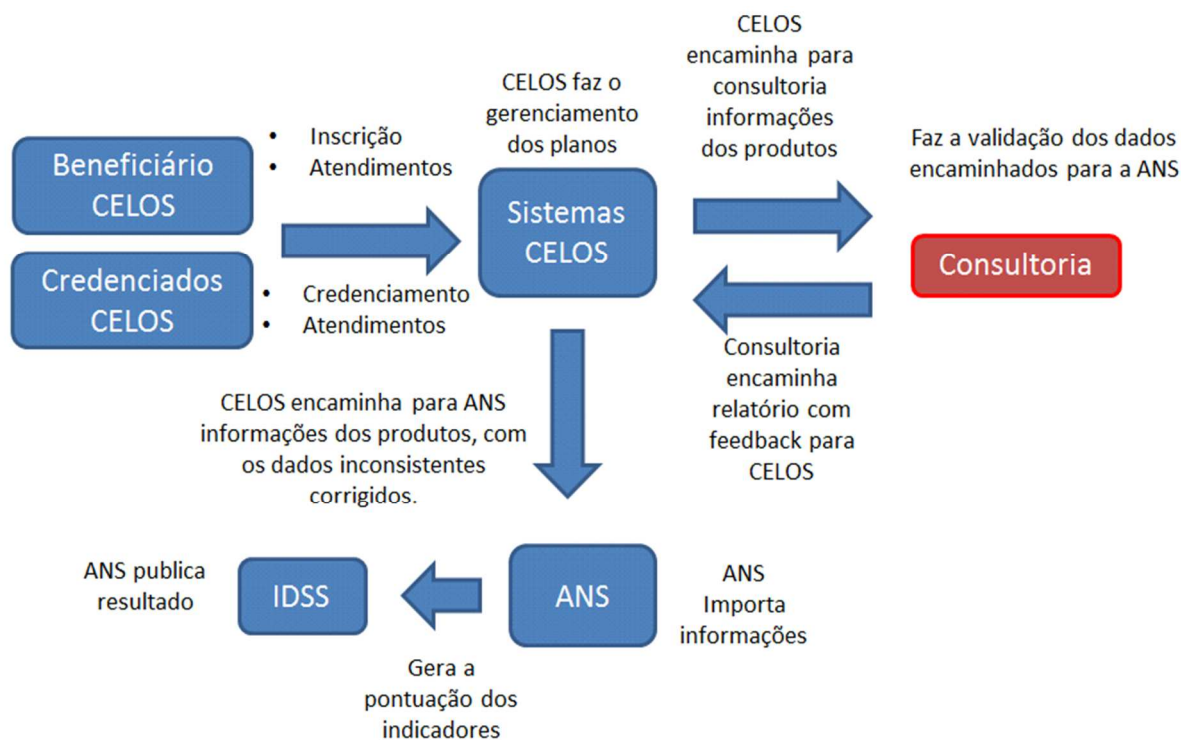


Figura 9 - Proposição novo fluxograma

Fonte: Elaborada pelo Autor.

Com a proposição do novo fluxograma será possível à validação de cada um dos sistemas encaminhados pela CELOS. O próximo item do trabalho se trata da criação de um Macroprocesso Operacional, a fim de que se possa enquadrar com as Políticas de Qualidade da Fundação.

5.3 REDIMENSIONAMENTO DO PROCESSO OPERACIONAL IDSS/CELOS

A implementação da Normatização e Otimização dos Processos foi realizada na CELOS em 2009, pois a empresa adotou a Certificação da ISO 9001:2008 (Sistema de Gestão da Qualidade), com isso necessitou valer-se de procedimentos constantes nesta norma, para receber à certificação.

A normatização ocorre uma vez que os processos da empresa são descritos nos Processos Operacionais (PO's), onde se busca, mapear e descrever detalhadamente as rotinas de trabalho realizadas pela empresa. O princípio da Qualidade é realizar a “melhoria continua” em todos os processos.

Todo o ano é realizado a auditoria interna dos processos, tem o intuito de descrever o mais perto possível da realidade como estão sendo desenvolvidas as atividades.

Existem dois tipos de PO's, os macro-processos e os micro-processos. Os macroprocessos são aqueles que a lei diz que a empresa precisa realizar, ganham destaque uma vez que o não cumprimento de tais atividades a empresa esteja suscetível a punições dos órgãos reguladores. Como exemplo, podemos citar a nova atividade (ouvidoria) que terá que ser criada para atender a resolução normativa nº 323 da Lei nº 9.656/9 em que todos os Planos de Saúde são obrigados a ter uma ouvidoria.

Já os micro-processos são caracterizados por atividades que não estão dispostos em Lei, mas que são desempenhadas Fundação.

Os PO's devem ser alterados sempre que as rotinas sofrerem qualquer tipo de mudança. Para isso, o empregado a partir de uma nova tecnologia adquirida deve solicitar a DVGG que altere o documento. Normalmente essas diferenças são identificadas pela Auditoria Interna, mas podem também ser na identificação de uma ação preventiva solicitada pelo próprio empregado ou, de forma corretiva quando o auditor externo aponta uma inconformidade.

A otimização dos processos ocorre na relação entre os PO's uma vez que a empresa já possua todos os seus processos descritos, possibilita assim, o mapeamento e verificação de início e fim das rotinas de trabalho.

Como se sugere a implementação de uma nova rotina de trabalho, a criação do sistema, nada mais sensato que fazer o mapeamento e descrição de todo o processo de troca de informações com a ANS, arquivamento no sistema e o acompanhamento do sistêmico do IDSS, tornando esse, um novo micro-processo dentro da CELOS.

A proposta é que após a implementação do novo sistema IDSS/CELOS, todos os processos e rotinas sejam descritos. Realizada esta etapa, possibilita-se que a Fundação:

- Dissemine o conhecimento do assunto;
- Audite e tenha possibilidade de abrir uma não conformidade para o processo;
- Exija maior cobrança pela execução dos processos (ex. as reuniões serão obrigatórias, dado que o auditor cobrará as ATAS);
- Desenvolva mais transparência;
- Desenvolva o princípio da Qualidade (melhoria contínua);
- Monitorize a cadeia processual do IDSS;
- Proponha melhorias futuras ao cálculo do IDSS de forma mais assertiva.

A seguir serão pontuadas as conclusões parciais do capítulo apresentado.

5.4 CONCLUSÕES PARCIAIS

A partir da finalização das propostas de melhorias, alcança-se o objetivo específico de propor melhorias para o cálculo do IDSS na Fundação, por meio da criação de um sistema unificado de armazenamento de informações, estabelecendo um novo fluxograma e a normatização das atividades. As proposições são viáveis, uma vez que a criação do sistema IDSS/CELOS será desenvolvido pela DVGT, assim, não existirá investimento externo para a Fundação. A criação e manutenção de novos PO's será executada por empregados que já possuem essa prática como rotina. A adoção dessas práticas possibilitará o resultado de mais controle e um acompanhamento pró-ativo sobre o IDSS. A seguir, são apresentadas as conclusões finais do estudo.

6 CONCLUSÕES

A partir da realização do presente estudo, pode-se concluir que a Fundação CELOS apresenta uma boa pontuação no cálculo do IDSS. Entretanto, com a nova parametrização dos seus sistemas, adequando-os com o estabelecido pelas diretrizes da ANS, atingirá uma pontuação mais fidedigna com sua operação atual, ao passo que, com a implementação de novos fluxos de processos, poderá alavancar a sua pontuação a índices ainda melhores.

A contextualização de todo o processo histórico, desde a criação do SUS pela Constituição Federal, os movimentos sociais, a crise estatal, o fomento do mercado da saúde suplementar, a criação da ANS e a construção do IDSS, abordados no Capítulo 2, foram essenciais para a elaboração deste estudo. Nesse sentido, possibilitou identificar que a ANS, trata-se de um órgão Regulador recente, o qual está sempre buscando novas formas de atuar no setor da saúde suplementar.

Para corroborar a afirmação de que a ANS procura estabelecer políticas de melhoria contínua, basta ater-se a composição histórica na avaliação do IDSS. A partir dessa perspectiva, foi possível atingir os objetivos específicos de verificar historicamente a criação do IDSS e analisar as normativas que formalizam a composição do IDSS.

Com a análise dos resultados verificou-se como são construídos os sistemas de envio de informações da CELOS para a ANS. Deste modo, foi descrito o processo de cada um dos sistemas de encaminhamento e verificada a parametrização destes. Sendo assim, foi realizada a parametrização dos grupos de utilização, o que provavelmente resultará na melhora da pontuação para a próxima competência.

Foram sugeridas ações para a melhora da qualidade dos dados relacionados à identificação dos usuários com cadastro incompleto e a identificação do motivo das desistências de usuários no ano de ingresso nos planos da CELOS. Conclui-se, desta forma, o objetivo de analisar o processo de construção das dimensões do IDSS na CELOS. Além disso, foi realizada a análise histórica da pontuação, a fim de atingir o objetivo de proceder ao resgate das dimensões do IDSS alcançadas na CELOS. Essa abordagem proporcionou apontar individualmente os indicadores calculados, verificando a recorrência de índices abaixo do esperado, além de procurar entender as causas das diferentes pontuações de um mesmo indicador, em competências diferentes.

O objetivo de propor melhorias para o cálculo do IDSS na CELOS foi concluído na terceira etapa do estudo de caso. Assim, foram apresentadas três propostas que se complementam, a fim de se criar uma rotina permanente, estruturada, normatizada e que esteja de acordo com as Políticas de Qualidade da Fundação.

A primeira proposta remete a criação de novas rotinas de trabalho, com reuniões periódicas e um sistema de armazenamento que contemple todas as informações sobre o IDSS em um mesmo ambiente. A segunda proposta define um novo fluxograma dos processos, a fim de que os envios passem pela validação da consultoria antes de chegar à ANS, assim, é proporcionado realizar ajustes antes cálculo do índice no período. A terceira proposta é a realização do Processo Operacional IDSS, que consiste em detalhar como ocorrem todas as atividades envolvidas na concepção do IDSS na CELOS, com o objetivo de normatização e adequação a ISO 9001. As três propostas são independentes, ou seja, a implementação de uma não depende das outras, porém, caso todas sejam implementadas, elas necessariamente acabarão interligadas.

Neste sentido, é possível concluir que o estudo possibilitou a resposta da pergunta de pesquisa, com o alcance dos seus objetivos, foi possível verificar que a CELOS possuía algumas inconformidades com a normativa de composição do IDSS, as quais podem ser devidamente corrigidas. Criada a proposição de um fluxo IDSS/CELOS que melhore sua pontuação e adeque a Fundação a sua Política de Qualidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Mario de Souza. **Elaboração de Projeto, TCC, dissertação e tese: uma abordagem simples, prática e objetiva**, São Paulo: Atlas, 2011.

BRASIL. Conselho Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 02 maio 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição Federal**. Brasília, Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf>. Acesso em: 3 maio 2015.

BRASIL. Decreto nº 200, de 1967. **Decreto de Lei 200**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0200.htm>. Acesso em: 06 maio 2015.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 2000a. **Emenda Constitucional**. Brasília, Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/emendaconstitucionaln29.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2015.

BRASIL. Lei nº 13.097, de 2015. **Lei 13.097**. Brasília, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20152018/2015/Lei/L13097.htm#art142.>>. Acesso em: 06 maio 2015.

BRASIL. Lei nº 9.656/98, **Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde**, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm>. Acesso em: 04 maio 2015.

BRASIL. Lei Nº 9.961/00, **Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências**, 2000b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm>. Acesso em: 05 maio 2015.

BRASIL. **Lei Orgânica 8.080 de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 03 maio 2015

BRASIL. Medida Provisória nº 1.928, de 25 de novembro de 1999. **Cria A Agência Nacional de Saúde Suplementar - Ans e Dá Outras Providências**. Brasília, Disponível em: <http://planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas/1928.htm>. Acesso em: 04 maio 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília DF, 2003. MS

BRASIL. Instrução Normativa Nº 53, de 13 de Novembro de 2014, **Dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2014**. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_26176026_INSTRUCAO_NORMATIVA_N_53_DE_13_DE_NOVEMBRO_DE_2014.aspx> Acesso em: 05 maio 2015

BRASIL. RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA Nº 39, **Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde**, 2000c. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=380>>. Acesso em: 03 maio 2015

BRASIL. Resolução Normativa Nº 139, de 24 de Novembro de 2006, **Institui o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar**. 2006. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=1121> Acesso em: 05 maio 2015

BRASIL. Resolução Normativa Nº 193, de 9 de Junho de 2009, **Altera a Resolução Normativa - RN nº 139, de 24 de novembro de 2006**. 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=1121> Acesso em: 05 maio 2015

BRASIL. Resolução Normativa Nº 282, de 9 de Dezembro de 2011, **Altera a Resolução Normativa - RN nº 139, de 24 de novembro de 2006**. 2011. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTkxNw=>>> Acesso em: 05 maio 2015

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde suplementar**. Brasília, 2007.

CELOS, Site Institucional. Disponível em <www.celos.com.br>. Acesso em: 01 maio 2015

DIAS, Rigoleta Dutra Mediano. **A informação na regulação da saúde suplementar**. 2004. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Dissertacoes_A_Informacao_na_Regulacao_da_Saude_Suplementar.pdf>. Acesso em: 22 maio 2015.

GIL, A. C., **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Conhecimentos, práticas em Trabalho-Saúde e as abordagens da medicina social e da medicina do trabalho no Brasil: final do século XIX até os anos 1950-60. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, [s.l.], v. 10, n. 1, p.93-103, 1 jun. 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25811/27544>>. Acesso em: 06 maio 2015.

MALHOTRA, Naresch K. **Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

OLIVEIRA, Maxwell Ferreira de. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração**, Catalão: UFG, 2011.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis**, [s.l.], v. 18, n. 4, p.767-783, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312008000400009&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 maio 2015.

PIMENTEL, Thiago Trindade. **Ascensão e declínio do setor público estatal no Brasil: 1950-2002**. 2011. 48 f. TCC (Graduação) - Curso de Economia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <<http://www.tcc.sc.usp.br/tce/disponiveis/81/81300201/tce-27112013-104024/?&lang=br>>. Acesso em: 05 maio 2015.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CÓRDOVA, Fernanda Peixoto. A Pesquisa Científica, IN (org.), Métodos de Pesquisa. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Ed. UFRGS, 2009. Apostila EAD.

VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; VILARINHO, Paulo Ferreira. O campo da saúde suplementar no Brasil. **Revista Ciências da Administração - Rca**, Florianópolis, v. 6, n. 11, p.9-34, 30 jun. 2004. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/4805/4079>>. Acesso em: 05 maio 2015.

VILARINHO, Paulo Ferreira. **A Formação Do Campo Da Saúde Suplementar No Brasil**. 2003. 152 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Executivo, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Dissertacoes_A_Formacao_do_campo_da_SS.pdf>. Acesso em: 05 maio 2015.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ANEXO 1 – APONTAMENTOS CONSULTORIA IDSS

Como é de conhecimento das senhoras a ANS divulgou o resultado preliminar do IDSS 2014 (ano-base 2013).

A pontuação da Celos foi: 0,8429

Seguem algumas considerações acerca dos indicadores:

Dimensão: Atenção à Saúde

1. **Índice de sessões de quimioterapia sistêmica por consulta médica:** de acordo com os dados informados no SIP, a Celos realizou, no ano de 2013, 786 sessão de quimioterapia sistêmica em seus beneficiários expostos, representando uma taxa de 0,66% sessões em relação ao número de consultas médicas. A meta estabelecida pela ANS é atingir um resultado igual ou superior a 0,07% de sessões de quimioterapia sistêmica em relação ao total de consultas médicas. Como a taxa de sessões ficou superior à meta da ANS, a operadora atingiu pontuação total nesse indicador.

2. **Número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário:** de acordo com os dados informados no SIP, a Celos realizou, no ano de 2013, 5,24 consultas ambulatoriais por beneficiário exposto, sendo que a meta estabelecida pela ANS é igual a 3 consultas/beneficiário/ano. Como o número de consultas ambulatoriais realizadas pelos beneficiários da operadora no ano de 2013 ficou superior à meta da ANS, a operadora atingiu pontuação total nesse indicador.

3. **Número de consultas médicas ambulatoriais selecionadas por beneficiário com 60 anos ou mais:** para cálculo desse indicador a ANS considera o total de consultas ambulatoriais realizadas na especialidade de geriatria acrescidas de 25% das consultas realizadas em clínica médica. De acordo com as informações contidas no SIP, os beneficiários da Celos não realizaram nenhuma consulta em geriatria no ano de 2013 e realizaram 42 em clínica médica. A ANS considerou ainda, com base nas informações constantes no SIB, que existem 5.709 beneficiários com idade igual ou superior a 60 anos. Dessa maneira, observa-se um número médio de 0,18 consultas por beneficiário com idade igual ou superior a 60 anos, sendo que a meta estabelecida pela ANS é igual a 1 consulta/beneficiário/ano, representando uma pontuação igual a 0,0018 no indicador.

Considerações para o item 3: Sugerimos verificar a consistência dos dados informados no SIP, uma vez que não foi informada nenhuma consulta na especialidade geriatria em todo o ano de 2013 e apenas 42 consultas em clínica médica, valores muito baixos considerando o número de beneficiários que a operadora possui.

4. **Número de consultas odontológicas iniciais por beneficiário:** a meta estabelecida para esse indicador é a realização de 0,5 consultas odontológicas iniciais por beneficiários ao ano. A Celos apresentou uma taxa de 0,75 consulta/beneficiário/ano, atingindo pontuação máxima no indicador.

5. **Proporção de consulta médica em pronto socorro:** com base nos dados informados no SIP, 18,90% das consultas dessa operadora são realizadas em pronto socorro. A meta estabelecida pela ANS é que de 5% a 20% das consultas médicas totais sejam realizadas em pronto socorro, atingindo pontuação total no indicador.

6. **Proporção de parto cesáreo:** a ANS não calculou a pontuação da Celos nesse indicador. A proporção de partos cesáreos da operadora em 2013 foi de 88,89%, sendo que a meta da ANS é atingir um resultado igual ou inferior a 45%. De acordo com as informações obtidas por essa consultoria, a ANS somente irá calcular esse indicador quando a operadora possuir um número significativo de beneficiárias em idade fértil. Quando um indicador não é calculado o seu "peso" não entra na composição do cálculo do IDSS.

Considerações: Como a operadora não atingiu a meta estabelecida, não recomendamos que seja questionada a falta de cálculo desse indicador.

7. **Proporção de próteses odontológicas unitárias:** para cálculo desse indicador a ANS considera o total de próteses odontológicas unitárias em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados no ano de 2013. A meta estabelecida pela ANS é atingir um resultado igual ou superior a 75% da taxa do setor, que foi de 0,2727. De acordo com os dados informados no SIP, a Celos realizou 3,79 procedimentos, valor muito superior à meta do setor, atingindo uma pontuação máxima no indicador.

8. **Taxa de aplicação tópica profissional de flúor:** a meta estabelecida pela ANS é a aplicação tópica de flúor em 40% do total de beneficiários. Considerando as informações enviadas pela operadora no SIP, no ano de 2013 a taxa foi de 0,05% de aplicações tópicas profissionais de flúor por hemi-arcada por exposto, atingindo uma pontuação de 0,0014 no indicador.

Considerações: Sugerimos verificar a consistência dos dados informados no SIP, uma vez que a taxa da operadora ficou muito abaixo da meta estabelecida pela ANS, tendo em vista que apresentou somente 40 aplicações tópicas de flúor durante todo o ano de 2013.

9. **Taxa de citopatologia cérvico-vaginal oncótica:** 90,18% das expostas (entre 25 e 59 anos) realizaram o exame no ano de 2013. Meta ANS: 28%, atingindo assim a pontuação total no indicador.

10. **Taxa de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído:** a meta estabelecida para esse indicador é um valor entre 0,30 e 1,28 dentes com tratamento endodôntico concluído por beneficiário. A Celos realizou, no ano de 2013, 0,573, atingindo assim a pontuação total no indicador.

11. **Taxa de exodontia de permanentes:** a meta estabelecida para esse indicador é atingir um valor menor ou igual 1,6 tratamentos de exodontia de permanentes. A Celos realizou, no ano de 2013, 0,502 tratamentos de exodontia de permanentes, atingindo assim a pontuação total no indicador.

12. **Taxa de internação hospitalar:** para cálculo desse indicador a ANS considera o número de internações hospitalares realizadas no ano de 2013 em relação ao total de beneficiários. A meta estabelecida pela ANS é atingir um resultado maior ou igual a 70% da taxa média do setor que foi de 12,43% para o ano de 2013. A taxa de internação calculada para a operadora, com base nas informações constantes no SIP, foi de 15,75%, resultando assim na pontuação total no indicador.

13. **Taxa de internação por fratura de fêmur em idosos:** esse indicador foi instituído no IDSS apenas como base de pesquisa da ANS, pois apresenta “peso” 0 no cálculo do IDSS, não influenciando na nota final da operadora, motivo pelo qual a ANS não apresentou seu cálculo. Considerando que esse indicador fosse calculado, a taxa de internação da operadora seria de 0%, visto que não apresentou nenhum evento relacionado à internação por fratura de fêmur em beneficiário com 60 anos ou mais. A meta da ANS é atingir um valor igual ou inferior à taxa do setor, que foi de 0,19% em 2013. Caso o indicador fosse calculado, a operadora atingiria a nota total.

14. **Taxa de mamografia:** 82,3% das expostas entre 50 a 69 anos realizaram exames de mamografia. Meta ANS: 60%. Pontuação Celos: 1

15. **Taxa de raspagem supra-gengivais:** para cálculo desse indicador a ANS considera o número de raspagens supra-gengivais por hemi-arcada realizadas no ano de 2013 em relação

ao total de beneficiários com idade igual ou superior a 12 anos. A meta estabelecida pela ANS é atingir um resultado maior ou igual a 30%. A taxa de raspagem supra-gengivais calculada para a operadora, com base nas informações constantes no SIP, foi de 11,56%, resultando em uma nota igual a 0,3853.

Dimensão: Econômico-financeiro

1. **Enquadramento em Garantias Financeiras:** este indicador apura se a Operadora está de acordo com a regulamentação específica da ANS no que diz respeito à PEONA e aos Recursos Próprio Mínimos (Patrimônio Mínimo Ajustado – PMA e Margem de Solvência – MS). A ANS não atribui nenhum peso para esse indicador, ele funciona como critério para apuração da pontuação final da Dimensão Econômico-Financeiro. De acordo com os critérios estabelecidos pela ANS, a pontuação final da dimensão será considerada integralmente somente no caso de a operadora está enquadrada no que diz respeito às garantias financeiras no fechamento de 2013. Caso a operadora apresente irregularidade no que diz respeito à contabilização da PEONA ou nas regras dos Recursos Próprios Mínimos, a pontuação final da Dimensão será multiplicada por 50%, caso a operadora apresente irregularidade nos dois itens a pontuação final será multiplicada por 30%.

A Celos estava enquadrada no que diz respeito às garantias financeiras em 2013, portanto, não apresentou nenhum redutor na pontuação final do indicador.

2. **Liquidez corrente:** o cálculo desse indicador é realizado com base na divisão entre o ativo e o passivo circulante. A meta estabelecida pela ANS é uma liquidez correntes com resultado maior ou igual a 1,5. O resultado da Celos foi igual a 6,2, muito superior à meta estabelecida pela ANS, atingindo a pontuação total do indicador.

3. **Patrimônio líquido por faturamento:** a meta estabelecida pela ANS é que o patrimônio líquido por faturamento da operadora esteja entre os 20% maiores de acordo com sua modalidade. Para cálculo desse indicador, a taxa do setor para a modalidade de autogestão foi de 1,30. Como a relação do patrimônio da operadora e seu faturamento foi de 0,48, sua pontuação no indicador foi igual a 0,3632.

4. **Prazo Médio de Pagamentos de Eventos:** para cálculo desse indicador a ANS considera a relação entre a Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar – PESL e o valor dos Eventos Indenizáveis Líquidos por trimestre. O objetivo da ANS é que o prazo médio de pagamento dos eventos da operadora esteja entre os 20% menores de acordo com sua modalidade. Para cálculo desse indicador, a taxa do setor para a modalidade de autogestão foi de 10,07.

Com base nos dados contidos no DIOPS dessa operadora, o prazo médio para pagamento dos eventos é de 4,99 dias, resultando em uma pontuação total no indicador.

5. Suficiência em ativos garantidores vinculados: para cálculo desse indicador a ANS analisa a suficiência de ativos garantidores vinculados nos 4 trimestres de 2013. Como a Celos apresentou suficiência em todos os 4 trimestres avaliados, atingiu pontuação total no indicador.

Dimensão: Estrutura e Operação

1. Dispersão da rede assistencial hospitalar: a meta estabelecida pela ANS é o cadastramento de prestadores de serviços hospitalares em 100% dos municípios com previsão de cobertura assistencial hospitalar. De acordo com as informações disponibilizadas pela ANS, a operadora possui cadastramento de rede assistencial hospitalar em 133 dos 142 municípios com essa previsão de cobertura, representando uma cobertura de 93,66% dos municípios cadastrados na área de abrangência geográfica da operadora. Pontuação Celos: 0,9366.

2. Dispersão de procedimentos e serviços básico de saúde: a meta estabelecida pela ANS é disponibilizar rede de procedimentos e serviços básicos de saúde em 100% dos municípios com previsão dessa cobertura. A ANS entende como Procedimentos e Serviços Básicos de Saúde: anatomopatologia, eletrocardiograma, patologia clínica, radiodiagnóstico e ultrassonografia. De acordo com as informações disponibilizadas pela ANS, a operadora possui cadastramento de prestadores de serviços para essa modalidade em apenas 51 dos 58 municípios com essa previsão de cobertura, representando uma cobertura de 87,93% dos municípios cadastrados na área de abrangência geográfica da operadora. Pontuação Celos: 0,8793.

3. Dispersão de serviços de urgência e emergência 24 horas: a meta estabelecida pela ANS é o cadastramento de prestador de serviço de urgência e emergência 24 horas em 100% dos municípios com previsão dessa cobertura. De acordo com as informações disponibilizadas pela ANS, a operadora possui cadastramento de prestadores de serviços para essa modalidade em apenas 85 dos 92 municípios dos municípios com essa previsão de cobertura, representando uma cobertura de 92,39% dos municípios cadastrados na área de abrangência geográfica da operadora. Pontuação Celos: 0,9239.

4. **Índice de regularidade de envio dos sistemas de informação:** a meta estabelecida pela ANS é o envio de todas as informações periódicas (SIP, SIB e DIOPS) no prazo determinado pela Agência. Em consulta ao site da ANS e ao PTA observamos que a Celos enviou todos os aplicativos no prazo estabelecido pela ANS, resultando em uma pontuação total no indicador.

5. **Percentual de qualidade cadastral:** a meta estabelecida pela ANS é que 100% dos seus beneficiários ativos estejam com o cadastro preenchido corretamente e com plano identificado. De acordo com as informações divulgadas pela ANS, 15.758 dos 21.524 beneficiários da operadora estão com seu cadastro devidamente preenchido e válido, representando 73,21%, o que resultou em uma pontuação igual a 0,7321.

Dimensão: Satisfação dos Beneficiários

1. **Índice de reclamações:** a meta estabelecida pela ANS é que operadora não tenha nenhuma reclamação procedente na Agência no ano em análise. De acordo com os dados divulgados pela ANS, a operadora obteve uma média de reclamações no ano de 2013 igual a 0,50, resultando em uma pontuação igual a 0,7973.

2. **Proporção de beneficiários com desistência no primeiro ano:** a meta estabelecida pela ANS é que nenhum beneficiário desista do plano no 1º ano de contrato. De acordo com as informações divulgadas pela Agência, 287% dos beneficiários que entraram no plano desistiram no 1º ano de contrato, resultando em uma pontuação igual a 0,9713 no indicador.

3. **Sanção pecuniária em primeira instância:** essa operadora não recebeu nenhuma sanção pecuniária em primeira instância no ano de 2013, portanto atingiu a pontuação total do indicador.

ANEXO 2 – PARAMETRO ODONTOLÓGICO SIP DA CELOS

Grupos para SIP ANS									
Código				Descrição	Grupo Xml	Eventos	Benef	Despesas	
0	0	0	0	0. PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	procedimentosOdonto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
1	1	0	1	1. Consultas odontológicas iniciais	consultasOdontoInic	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
2	2	0	0	2. Exames radiográficos	examesRadiograficos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3	3	0	0	3. Procedimentos preventivos	procedimentosPrevent	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3	1	0	0	3.1 Atividade educativa individual	atividadeEduIndividual	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3	2	0	0	3.2 Aplicação tópica profissional de flúor por hemi-arcada	aplicTopProFluorHemi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3	3	0	0	3.3 Selante por elemento dentário (menores de 12 anos)	selanteElemDentario	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
4	4	0	0	4. Raspagem supra-gengival por hemi-arcada (12 anos ou mais)	raspSupraGengHemi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
5	5	0	0	5. Restauração em dentes deciduos por elemento (menores de 12 anos)	restauraDenteDeciduo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
6	6	0	0	6. Restauração em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais)	restauraDentePerma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Serviço	
81000030	Consulta odontológica - Falta não justificada
81000049	Consulta Odontológica de Urgência
81000065	Consulta Odontológica inicial
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático
82001022	Inicção e drenagem intra oral de abscesso, hematoma ou flegm
82001030	Inicção e drenagem extra oral de abscesso, hematoma ou flegm
82001103	Punção Aspirativa na região buco-maxilo-facial
82001251	Reimplante dentário com contenção
84000139	Atividade Educativa em saúde bucal
85200034	Pulpectomia
85200085	Restauração temporária/tratamento expectante (adequação c
85300012	Dessensibilização dentinária
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo
85400467	Recimentação de peça protética
85400505	Remoção de peça e trabalho protético
87000032	Condicionamento em Odontologia para pacientes com necessid
D 0110	Consulta - Clínico Geral

Grupos para SIP ANS									
Código				Descrição	Grupo Xml	Eventos	Benef	Despesas	
0	0	0	0	0. PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	procedimentosOdonto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
1	1	0	0	1. Consultas odontológicas iniciais	consultasOdontoInic	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
1	2	0	0	2. Exames radiográficos	examesRadiograficos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	3	0	0	3. Procedimentos preventivos	procedimentosPrevent	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3	1	0	0	3.1 Atividade educativa individual	atividadeEduIndividual	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3	2	0	0	3.2 Aplicação tópica profissional de flúor por hemi-arcada	aplicTopProFluorHemi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3	3	0	0	3.3 Selante por elemento dentário (menores de 12 anos)	selanteElemDentario	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
4	4	0	0	4. Raspagem supra-gengival por hemi-arcada (12 anos ou mais)	raspSupraGengHemi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
5	5	0	0	5. Restauração em dentes deciduos por elemento (menores de 12 anos)	restauraDenteDeciduo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
6	6	0	0	6. Restauração em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais)	restauraDentePerma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Serviço	
81000294	Levantamento radiográfico (exame radiodentico)
81000375	Radiografia Interproximal (bite wing)
81000405	Radiografia Panorâmica
81000421	Radiografia periapical
81000472	Teleradiografia sem traçado / traçado cefalométrico
81000480	Teleradiografia com traçado / traçado cefalométrico
81000510	Tomografia Computadorizada por feixe cônico - cone beam
81000529	Tomografia Computadorizada - linear ou multi-direcional
X 0210	Radiografia Periapical
X 0220	Radiografia Interproximal (Bite Wing)

Grupos para SIP ANS

Código	Descrição	Grupo Xml	Eventos	Benef	Despesas
0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0
3	1	0	0	0	0
3	2	0	0	0	0
3	3	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0

Serviços

Serviço

PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS

Resultado:

17 - Itens Adicionados

0 – Itens Excluídos

Grupos para SIP ANS

Código	Descrição	Grupo Xml	Eventos	Benef	Despesas
0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0
3	1	0	0	0	0
3	2	0	0	0	0
3	3	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0

Serviços

Serviço

84000163 Controle de biofilme (placa bacteriana)

84000198 Profilaxia polimento coronariano

85300055 Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana)

P 0510 Terapêutica Básica

P 0520 Profilaxia - Arco Superior

P 0521 Profilaxia - Arco Inferior

ATIVIDADE EDUCATIVA INDIVIDUAL

Resultado:

1 - Item Adicionado

6 – Itens Excluídos

Grupos para SIP ANS

Código	Descrição	Grupo Xml	Eventos	Benef	Despesas
0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0
3	1	0	0	0	0
3	2	0	0	0	0
3	3	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0

Serviços

Serviço

84000090 Aplicação tópica de flúor

84000201 Remineralização

O 0610 Fluoterapia

APLICAÇÃO TÓPICA PROFISSIONAL DE FLÚOR POR HEMI-ARCADA

Resultado:

1 - Item Adicionado

2 – Itens Excluídos

Grupos para SIP ANS

Código	Descrição	Grupo Xml	Eventos	Benef	Despesas
0	0	0	0	0	0
1	0	0	1	1	1
2	0	0	2	2	2
3	0	0	3	3	3
3	1	0	3.1	3.1	3.1
3	2	0	3.2	3.2	3.2
3	3	0	3.3	3.3	3.3
4	0	0	4	4	4
5	0	0	5	5	5
6	0	0	6	6	6

Serviços

Serviço 84000074 Aplicação de selante de fósulas e fissuras

P 0513 Aplicação de Selante

SELANTE POR ELEMENTO DENTÁRIO (MENORES DE 12 ANOS)

Resultado:

0 - Item Adicionado

1 – Item Excluído

Grupos para SIP ANS

Código	Descrição	Grupo Xml	Eventos	Benef	Despesas
0	0	0	0	0	0
1	0	0	1	1	1
2	0	0	2	2	2
3	0	0	3	3	3
3	1	0	3.1	3.1	3.1
3	2	0	3.2	3.2	3.2
3	3	0	3.3	3.3	3.3
4	0	0	4	4	4
5	0	0	5	5	5
6	0	0	6	6	6

Serviços

Serviço 85300039 Raspagem sub-gengival alisamento radicular

85300047 Raspagem supra-gengival

P 0531 Raspagem Supra-Gengival - Sextante 1 (S1)

P 0532 Raspagem Supra-Gengival - Sextante 2 (S2)

P 0533 Raspagem Supra-Gengival - Sextante 3 (S3)

P 0534 Raspagem Supra-Gengival - Sextante 4 (S4)

P 0535 Raspagem Supra-Gengival - Sextante 5 (S5)

P 0536 Raspagem Supra-Gengival - Sextante 6 (S6)

T 3011 Raspagem supra e sub-gengival, polimento e curetagem de

T 3012 Raspagem supra e sub-gengival, polimento e curetagem de

T 3013 Raspagem supra e sub-gengival, polimento e curetagem de

T 3014 Raspagem supra e sub-gengival, polimento e curetagem de

T 3015 Raspagem supra e sub-gengival, polimento e curetagem de

T 3016 Raspagem supra e sub-gengival, polimento e curetagem de

T 3021 Raspagem supra e sub-gengival, polimento e curetagem de

T 3022 Raspagem supra e sub-gengival, polimento e curetagem de

T 3023 Raspagem supra e sub-gengival, polimento e curetagem de

T 3024 Raspagem supra e sub-gengival, polimento e curetagem de

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL POR HEMI-ARCADE (MAIORES DE 12 ANOS)

Resultado:

0 - Item Adicionado

18 – Itens Excluídos

Grupos para SIP ANS

Código	Descrição	Grupo Xml	Eventos	Benef	Despesas
0	0	0	0	0	0
1	0	0	1	1	1
2	0	0	2	2	2
3	0	0	3	3	3
3	1	0	3.1	3.1	3.1
3	2	0	3.2	3.2	3.2
3	3	0	3.3	3.3	3.3
4	0	0	4	4	4
5	0	0	5	5	5
6	0	0	6	6	6

Serviços

Serviço 85100080 Restauração traumática em dente decíduo (avulsão)

85100137 Restauração em ionômero de vidro - 1 face

85100145 Restauração em ionômero de vidro - 2 faces

85100153 Restauração em ionômero de vidro 3 faces

85100196 Restauração em resina fotopolimerizável 1 face

85100200 Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces

85100218 Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces

R 0960 Restauração de resina fotopolimerizada - 1 face

R 0990 Restauração de resina fotopolimerizada - Classe

R 1000 Restauração resina fotopolimerizável 3F - Classe

RESTAURAÇÃO EM DENTES DECÍDUOS POR ELEMENTO (MENORES DE 12 ANOS)

Resultado:

7 - Itens Adicionados

4 – Itens Excluídos

Grupos para SIP ANS

Código		Descrição	Grupo Xml	Eventos	Benef	Despesas		
F	0	0	0	0	0	0		
F	1	0	0	1. PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	procedimentosOdonto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F	1	0	0	1. Consultas odontológicas iniciais	consultasOdontoInic	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F	2	0	0	2. Exames radiográficos	examesRadiograficos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F	3	0	0	3. Procedimentos preventivos	procedimentosPrevent	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F	3	1	0	3.1 Atividade educativa individual	atividadeEduIndividual	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F	3	2	0	3.2 Aplicação tópica profissional de flúor por hemi-arcada	aplicTopProFluorHemi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F	3	3	0	3.3 Selante por elemento dentário (menores de 12 anos)	selanteElemDentario	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F	4	0	0	4. Raspagem supra-gengival por hemi-arcada (12 anos ou mais)	raspSupraGengHemi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F	5	0	0	5. Restauração em dentes decíduos por elemento (menores de 12 anos)	restauraDenteDeciduo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F	6	0	0	5. Restauração em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais)	restauraDentePerma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Serviços

Serviço		Descrição
85100064		Faceta direta em resina fotopolimerizável
85100080		Restauração alarúmica em dente de
85100137		Restauração em ionômero de vidro - 1
85100145		Restauração em ionômero de vidro - 2
85100153		Restauração em ionômero de vidro - 3
85100170		Restauração em resina (indireta) - in
85100196		Restauração em resina fotopolimerizável
85100200		Restauração em resina fotopolimerizável
85100218		Restauração em resina fotopolimerizável
85100226		Restauração em resina fotopolimerizável
85400521		Restauração em cerâmica indireta - on
85400530		Restauração em cerômero - onlay
85400548		Restauração em cerômero indireta - in
R.0960		Restauração de resina fotopolimerizável
R.0990		Restauração de resina fotopolimerizável
R.1000		Restauração resina fotopolimerizável

RESTAURAÇÃO EM DENTES PERMANENTES POR ELEMENTO (12 ANOS OU MAIS)

Resultado:

5 - Itens Adicionados

8 - Itens Excluídos

RESTAURAÇÃO EM DENTES PERMANENTES POR ELEMENTO (12 ANOS OU MAIS)

Resultado:

5 - Itens Adicionados

8 – Itens Excluídos

Grupos para SIP ANS						
Código		Descrição	Grupo Xml	Eventos	Benef	Despesas
1	0	0	1. Consultas odontológicas iniciais	consultasOdontoInic	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	0	0	2. Exames radiográficos	examesRadiograficos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	0	0	3. Procedimentos preventivos	procedimentosPrevent	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	1	0	3.1 Atividade educativa individual	atividadeEduIndividual	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	2	0	3.2 Aplicação tópica profissional de flúor por hemi-arcada	aplicTopProFluorHemi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	3	0	3.3 Selante por elemento dentário (menores de 12 anos)	selanteElemDentario	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	0	0	4. Raspagem supra-gengival por hemi-arcada (12 anos ou mais)	raspSupraGengHemi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	0	0	5. Restauração em dentes decíduos por elemento (menores de 12 anos)	restauraDenteDeciduo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	0	0	6. Restauração em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais)	restauraDentePerma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	0	0	7. Exodontias simples de permanentes (12 anos ou mais)	exodontiasSimplesPer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Serviços

82000816	Serviço	Exodontia a Retalho tecnica III com ou sem odontosecc
82000859		Exodontia de raiz residual
82000875		Exodontia simples de permanente
82001286		Exodontia dentes incluídos ou impactados (siso)
82001294		Remoção de dentes semi-incluídos impactados
C 5010		Exodontia de permanentes
C 5020		Exodontia a retalho - técnica III com ou sem odontosecc
C 5030		Exodontia de raiz residual
C 5200		Exodontia dentes incluídos ou impactados

EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTES
(12 ANOS OU MAIS)

Resultado:

0 - Itens Adicionados

8 – Itens Excluídos

EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTES (12 ANOS OU MAIS)

Resultado:

0 - Itens Adicionados

8 – Itens Excluídos

Grupos para SIP ANS

Código		Descrição	Grupo Xml	Eventos	Benef	Despesas
F	2	0	2. Exames radiográficos	examesRadiograficos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F	3	0	3. Procedimentos preventivos	procedimentosPrevent	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F	3	1	3.1 Atividade educativa individual	atividadeEduIndividual	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F	3	2	3.2 Aplicação tópica profissional de flúor por hemi-arcada	aplicTopProFluorHemi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F	3	3	3.3 Selante por elemento dentário (menores de 12 anos)	selanteElemDentario	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F	4	0	4. Raspagem supra-gengival por hemi-arcada (12 anos ou mais)	raspSupraGengHemi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F	5	0	5. Restauração em dentes decíduos por elemento (menores de 12 anos)	restauraDenteDeciduo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F	6	0	6. Restauração em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais)	restauraDentePerma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F	7	0	7. Exodontias simples de permanentes (12 anos ou mais)	exodontiasSimplesPer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I	8	0	8. Tratamento endodôntico concluído em dentes decíduos por elemento (menores de 12 anos)	trataEndoConclDentesD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Serviços

Serviço		Descrição
83000089		Exodontia simples de dente
O.0730		Endodontia em decíduos

TRATAMENTO ENDODONTICO CONCLUÍDO EM DENTES DECÍDUOS POR ELEMENTO (MENORES DE 12 ANOS)

Resultado:

1 - Item Adicionado

2 – Itens Excluídos

Grupos para SIP ANS

Código	Descrição	Grupo Xml	Eventos	Benef	Despesas
3 0 0	3. Procedimentos preventivos	procedimentosPrevent	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 1 0	3.1 Atividade educativa individual	atividadeEduIndividual	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 2 0	3.2 Aplicação tópica profissional de flúor por hemi-arcada	aplicTopProFluorHemi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 3 0	3.3 Selante por elemento dentário (menores de 12 anos)	selanteElemDentario	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4 0 0	4. Raspagem supra-gengival por hemi-arcada (12 anos ou mais)	raspSupraGengHemi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5 0 0	5. Restauração em dentes deciduos por elemento (menores de 12 anos)	restauraDenteDeciduo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6 0 0	6. Restauração em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais)	restauraDentePerma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7 0 0	7. Exodontias simples de permanentes (12 anos ou mais)	exodontiasSimplesPer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8 0 0	8. Tratamento endodôntico concluído em dentes deciduos por elemento (menores de 12 anos)	trataEndoConcDentesD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9 0 0	9. Tratamento endodôntico concluído em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais)	trataEndoConcDentesP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Serviços

Serviço

8520093 Retratamento endodôntico birradicular

85200107 Retratamento endodôntico multirradicular

85200115 Retratamento endodôntico uniradicular

85200140 Tratamento endodôntico birradicular

85200158 Tratamento endodôntico multirradicular

85200166 Tratamento endodôntico uniradicular

E 2010 Tratamento endodôntico 1 conduto

E 2020 Tratamento endodôntico 2 condutos

E 2030 Tratamento endodôntico 3 condutos

E 2050 Retratamento de 1 conduto

E 2060 Retratamento de 2 condutos

E 2070 Retratamento de 3 condutos

TRATAMENTO ENDODONTICO CONCLUÍDO EM DENTES PERMANENTES POR ELEMENTO (12 ANOS OU MAIS)

Resultado:

1 - Item Adicionado

9 – Itens Excluídos

Grupos para SIP ANS

Código	Descrição	Grupo Xml	Eventos	Benef	Despesas
3 1 0	3.1 Atividade educativa individual	atividadeEduIndividual	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 2 0	3.2 Aplicação tópica profissional de flúor por hemi-arcada	aplicTopProFluorHemi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 3 0	3.3 Selante por elemento dentário (menores de 12 anos)	selanteElemDentario	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4 0 0	4. Raspagem supra-gengival por hemi-arcada (12 anos ou mais)	raspSupraGengHemi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5 0 0	5. Restauração em dentes deciduos por elemento (menores de 12 anos)	restauraDenteDeciduo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6 0 0	6. Restauração em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais)	restauraDentePerma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7 0 0	7. Exodontias simples de permanentes (12 anos ou mais)	exodontiasSimplesPer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8 0 0	8. Tratamento endodôntico concluído em dentes deciduos por elemento (menores de 12 anos)	trataEndoConcDentesD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9 0 0	9. Tratamento endodôntico concluído em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais)	trataEndoConcDentesP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10 0 0	10. Próteses odontológicas	protesesOdontologicas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Serviços

Serviço

85400220 Núcleo metálico fundido

85400386 Prótese parcial removível com grampos bilateral (superior / inferior)

85400408 Prótese Total

85400416 Prótese Total imediata provisória

85500097 Overdenture barra clip ou o'ring sobre dois implantes

85500100 Overdenture barra clip ou o'ring sobre quatro ou mais implantes

85500119 Overdenture barra clip ou o'ring sobre três implantes

85500160 Protocolo branemark para 4 implantes

85500178 Protocolo branemark para 5 implantes

P 4250 Prótese Parcial Removível com grampos bilateral (superior)

P 4251 Prótese Parcial Removível com grampos bilateral (inferior)

P 4300 Prótese Total cada uma (superior)

P 4301 Prótese Total cada uma (inferior)

P 4320 Prótese Total Imediata cada uma (superior)

P 4321 Prótese Total Imediata cada uma (inferior)

P 4340 Overdenture Superior

P 4341 Overdenture Inferior

PRÓTESES ODONTOLÓGICAS

Resultado:

20 - Itens Adicionados

11 – Itens Excluídos

Grupos para SIP ANS

Código	Descrição	Grupo Xml	Eventos	Benef	Despesas
3 2 0	3.2 Aplicação tópica profissional de flúor por hemi-arcada	aplicTopProFluorHemi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 3 0	3.3 Selante por elemento dentário (menores de 12 anos)	selanteElemDentario	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4 0 0	4. Raspagem supra-gengival por hemi-arcada (12 anos ou mais)	raspSupraGengHemi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5 0 0	5. Restauração em dentes deciduos por elemento (menores de 12 anos)	restauraDenteDeciduo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6 0 0	6. Restauração em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais)	restauraDentePerma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7 0 0	7. Exodontias simples de permanentes (12 anos ou mais)	exodontiasSimplesPer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8 0 0	8. Tratamento endodôntico concluído em dentes deciduos por elemento (menores de 12 anos)	trataEndoConcDentesD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9 0 0	9. Tratamento endodôntico concluído em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais)	trataEndoConcDentesP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10 0 0	10. Próteses odontológicas	protesesOdontologicas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11 0 0	11. Próteses odontológicas unitárias (Coroa Total e Restauração Metálica Fundida)	protesesOdontologicasUnitarias	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Serviços

Serviço

83000020 Coroa de acetato em dente deciduo

83000046 Coroa de aço em dente deciduo

83000062 Coroa de policarbonato em dente deciduo

85400076 Coroa provisória / com pino

85400084 Coroa provisória sem pino

85400092 Coroa total acrílica prensada

85400106 Coroa total em cerâmica pura

85400114 Coroa total em cerâmico

85400149 Coroa total metálica

85400157 Coroa Total Metálica Cerâmica

85400289 Prótese fixa adesiva direta em dente

85400300 Prótese fixa adesiva indireta em dente

85400319 Prótese fixa adesiva indireta em implante

85400394 Prótese parcial removível provisória

85500038 Coroa Total Metálica Cerâmica sobre implante

85500046 Coroa total metálica plástica sobre implante

85500054 Coroa total metálica plástica sobre dente

85500070 Intermediário Protético (para implantes)

PRÓTESES ODONTOLÓGICAS UNITÁRIAS (COROA TOTAL E RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA)

Resultado:

3 - Itens Adicionados

11 – Itens Excluídos